Ketenzorg en casemanagement bij dementie

Ketenregisseurs over inkoop, uitvoering en borging in 2015

Anneke L. Francke (NIVEL)
José M. Peeters (NIVEL)

Met medewerking van:
Wendy Werkman (Alzheimer Nederland)
Julie Meerveld (Alzheimer Nederland)

ISBN 978-94-6122-304-3

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

Voorwoord

Deze rapportage geeft een indruk van de stand van zaken in februari 2015 bij de contractering, uitvoering en borging van ketenzorg en casemanagement bij dementie. De rapportage is gebaseerd op een landelijke online peiling onder ketenregisseurs van regionale dementieketens, uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met Alzheimer Nederland, met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Het project is uitgevoerd door dr. José Peeters en prof. dr. Anneke Francke (NIVEL).
Drs. Wendy Werkman en drs. Julie Meerveld (Alzheimer Nederland) hadden een adviserende rol bij de ontwikkeling van de vragenlijst en bij het schrijven van deze rapportage.

Veel dank gaat uit naar alle ketenregisseurs voor het snel en toegewijd invullen van de online vragenlijst.

Utrecht, maart 2015

Inhoud

Samenvatting

In 2015 vinden grote transities plaats in de langdurige zorg; veranderingen die ook consequenties hebben voor de financiering van de dementiezorg. Zo is er sinds 1 januari 2015 een nieuwe aanspraak Wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet, van waaruit casemanagement bij dementie gefinancierd kan worden. Tevens is een Beleidsregel Ketenzorg Dementie vastgesteld. Deze beleidsregel faciliteert de bekostiging van netwerkstructuren voor ketenzorg voor de duur van één jaar.
Uit het veld kwamen signalen dat het aanbod en de kwaliteit van casemanagement en ketenzorg dementie in het gedrang komen, door de wijze waarop zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid anticiperen op de nieuwe financieringssystematiek. VWS heeft daarom het NIVEL, in samenwerking met Alzheimer Nederland, een online peiling uit laten zetten onder ketenregisseurs van alle 85 regionale dementieketens om meer inzicht te krijgen in wat er speelt in het veld bij de financiering en borging van ketenzorg en casemanagement. De respons was hoog (n=66; 79%), wat een indicatie is dat ketenregisseurs zich betrokken voelen bij het onderwerp van de peiling.

Verschillen tussen ketens in financiering van ketenzorg en casemanagement
De financiering van casemanagement en ketenzorg verschilt tussen ketens. Ongeveer twee derde van de dementieketens krijgt financiering vanuit de Beleidsregel Ketenzorg Dementie. Bij vijf ketens (8%) die geen financiering krijgen vanuit deze beleidsregel, noemt de ketenregisseur daarvoor als reden dat de zorgverzekeraar die mogelijkheid niet aan hen biedt. Daarnaast melden ketenregisseurs die met zorgverzekeraar Achmea te maken hebben, dat als zij vanuit de Beleidsregel Ketenzorg Dementie financiering zouden krijgen voor hun ketenstructuur, zij vervolgens gekort zouden worden op het budget voor cliëntgebonden casemanagement. Voor sommigen (vijf ketens) was dat een reden om geen gebruik te maken van deze beleidsregel.

Binnen de meeste dementieketens is eind 2014/begin 2015 al gebruik gemaakt van de aanspraak Wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet voor financiering van casemanagement. Daarentegen geeft 8% aan nog geen gebruik te hebben gemaakt van deze financieringsmogelijkheid. Soms is er onduidelijkheid welke partij namens de keten moet declareren en welke partij gebruik kan maken van de financiering.

Casemanagement wordt deels uitgevoerd door wijkverpleegkundigen
Bij ongeveer een kwart van de dementieketens zijn eind 2014/begin 2015 enkele (gemiddeld drie) gespecialiseerde casemanagers dementie ontslagen of in een andere functie geplaatst, vanwege problemen met de inkoop van casemanagement, zoals krappe productieafspraken of onzekerheid over toekomstige financiering. Deze ontwikkeling speelt relatief vaak in ketens die met zorgverzekeraar Menzis te maken hebben.

In alle dementieketens zijn gespecialiseerde casemanagers dementie in dienst. Bij ruim een derde van de ketens voeren ook andere zorgprofessionals casemanagement uit. Die andere zorgprofessionals zijn in de meeste gevallen wijkverpleegkundigen, maar soms ook ouderenadviseurs of POH's.

Ketens investeren in kwaliteit, maar kunnen soms niet voldoen aan alle kwaliteitseisen

Ketenregisseurs geven aan dat zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen bij de inkoop. De inkoopdocumenten die zorgverzekeraars hanteren, noemen eisen die veelal gebaseerd zijn op de Zorgstandaard Dementie. Die eisen gaan bijvoorbeeld over de positionering van casemanagement binnen de dementieketen en een 'HBO-plus' niveau van de professional die casemanagement uitvoert.
Bijna drie op de vier ketens heeft maatregelen genomen (bijvoorbeeld scholing en intervisie) om casemanagement op een kwalitatief goed niveau te houden. Toch zijn ketenregisseurs van ongeveer de helft van de ketens van mening dat binnen hun regio niet in alle situaties voldaan wordt aan de kwaliteitscriteria uit de Zorgstandaard Dementie. Daarbij worden heel uiteenlopende toelichtingen gegeven, maar het niet in alle situaties voldoen aan het vereiste 'HBO-plus' niveau wordt daarbij het meest genoemd (bij vier ketens). De betreffende ketenregisseurs noemen onvoldoende beschikbaarheid van 'HBO-plus' opgeleiden daarvoor als reden.

Ketens nemen maatregelen om een zeker aanbod te borgen

Bijna twee derde van de ketens heeft maatregelen genomen om een bepaald aanbod van casemanagement in 2015 te borgen, zoals productieafspraken met de zorgverzekeraar of samenwerking met ketenpartners en/of gemeenten. Ook passen ketens soms de werkwijze aan, bijvoorbeeld door inkrimpen van het aantal uren casemanagement per cliënt of door gespecialiseerde casemanagers minder zelf casemanagement te laten uitvoeren en hen andere professionals te laten coachen bij casemanagement.

Onduidelijkheid en uitdagingen voor de nabije toekomst

Vooruitkijkend naar de nabije toekomst, plaatsen relatief veel ketenregisseurs opmerkingen (n=23) over onduidelijkheid of zorgen over de toekomstige financiering van ketenzorg en casemanagement. Ook signaleren ketenregisseurs belangrijke uitdagingen om de samenwerking en afstemming met wijkverpleegkundigen en gemeenten te intensiveren en verder vorm te geven.

Op basis van dit onderzoek komen we tot de volgende conclusies en reflecties:

- Bij ketenregisseurs leeft onduidelijkheid over de toekomstige financiering van ketenzorg en casemanagement. Gerichte aandacht voor de middelen die nodig zijn om regionale ketenzorg in stand te houden is van belang, mede omdat het aantal mensen met dementie toeneemt. Regionale ketenzorg in stand houden is ook belangrijk, omdat het een organisatorische randvoorwaarde is voor casemanagement.
- Bij ruim een derde van de ketens wordt casemanagement deels uitgevoerd door wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs en/of POH’s. Of de

gespecialiseerde casemanager dan wel bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige het beste casemanagement kan bieden, moet ons inziens geen hoofdpunt in beleidsdiscussies zijn. Het gaat er om of casemanagement van een kwalitatief goed niveau wordt gegeven, in aansluiting bij de kwaliteitseisen uit de Zorgstandaard Dementie. Voldoen aan de opleidingvereiste 'HBO-plus' maakt daar onderdeel van uit.

- Verder zijn goede samenwerking en afstemming nodig tussen onder meer ketenpartners en gemeenten, gespecialiseerde casemanagers en wijkverpleegkundigen. Ketenregisseurs kunnen het voortouw nemen in het uitwerken van regionale samenwerkingsafspraken.
- Dementieketens hebben maatregelen genomen om een zeker aanbod van casemanagement te waarborgen. Daarbij gaat het soms om maatregelen (bijvoorbeeld minder uren casemanagement per cliënt) die mogelijk niet ten goede komen aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Alert zijn op de gevolgen van dergelijke maatregelen voor de kwaliteit van zorg is belangrijk.
- Deze peiling is uitgevoerd in februari 2015 en betreft een momentopname. Veel zaken rondom inkoop en borging van ketenzorg en casemanagement moet zich nog uitkristalliseren en er is nog onduidelijkheid over de financiering na 2015. Het is voor praktijk en beleid van belang om ontwikkelingen in de regionale dementiezorg te blijven monitoren, bij voorkeur vanuit verschillende perspectieven; het perspectief van ketenregisseurs, maar ook de perspectieven van cliënten, zorgverzekeraars en uitvoerende professionals. Monitoren vanuit verschillende perspectieven kan input geven voor het in stand houden van een kwalitatief goed zorgaanbod voor de groeiende groep mensen met dementie en hun mantelzorgers.

1 Inleiding

1.1 Casemanagement dementie

In de landelijke Zorgstandaard Dementie staat dat alle mensen met een vermoeden van dementie bij de start van een diagnostisch traject casemanagement moeten krijgen aangeboden (Alzheimer Nederland en Vilans, 2013). De Zorgstandaard spreekt over een vaste en vertrouwde persoon die iemand met dementie en diens mantelzorger(s) begeleidt gedurende het hele zorgtraject. Een casemanager heeft veelal een verpleegkundige of maatschappelijk werk achtergrond en specialistische kennis over dementie. De casemanager informeert, begeleidt, behandelt, denkt mee, adviseert, ondersteunt, regelt zorg en helpt de persoon met dementie en diens mantelzorgers zorgkeuzes te maken.
De Zorgstandaard Dementie stelt onder andere eisen aan beschikbaarheid van casemanagement (moet overdag en in avonduren beschikbaar zijn), opleidingsniveau van de casemanager (HBO met relevante vervolgopleiding), positionering en protocollering (moet onderdeel zijn van een multidisciplinair team en op moeten samenwerkingsafspraken zijn met regionale partners).

De afgelopen jaren zijn vanuit de 85 regionale dementieketens (=samenwerkende aanbieders van zorg of ondersteuning bij dementie) overal gespecialiseerde casemanagers dementie aan de slag gegaan. Partners binnen de dementieketens zien veelal meerwaarde in het werk van de casemanager (Peeters e.a., 2012). Daarnaast blijkt uit verschillende studies, waaronder de Dementiemonitor Mantelzorg, (Peeters e.a. 2014), de landelijke evaluatie van casemanagement dementie (Peeters e.a., 2012) en de CQ-index studie over de kwaliteit van casemanagement dementie (Zuizewind e.a., 2014) dat ook cliënten en mantelzorgers over het algemeen zeer positief oordelen over de ondersteuning door casemanagers.

1.2 Beleid voor financiering van casemanagement en ketenzorg

Aanspraak Wijkverpleging
De financiering van casemanagement is voor veel dementieketens een voortdurend punt van zorg. Tot en met 2014 gebruikten dementieketens uiteenlopende financieringsbronnen, onder andere de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en projectsubsidies, om (elementen van) casemanagement te financieren (Peeters e.a., 2011 en 2012). Vanaf 1 januari 2015 kan casemanagement gefinancierd worden vanuit de aanspraak Wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een dementieketen (of individuele zorgaanbieders) kunnen vanuit die aanspraak zelf bepalen hoe zij vorm geven aan casemanagement. Dat kan gegeven worden door gespecialiseerde casemanagers dementie, of als onderdeel van het werk van 'gewone', generalistisch werkende

wijkverpleegkundigen, mits voldaan wordt aan de kwaliteitseisen van de Zorgstandaard Dementie.
Uit het veld kwamen er signalen (o.a. geuit in een uitzending van Nieuwsuur d.d. 10/12/2014 naar aanleiding van een peiling van Alzheimer Nederland onder ketenregisseurs), dat in sommige regio's casemanagers dementie worden ontslagen, omdat hun taken overgedragen zouden zijn aan wijkverpleegkundigen. Laatstgenoemden zouden echter niet over de benodigde expertise en tijd beschikken.

Beleidsregel Ketenzorg Dementie
Daarnaast wees een recente peiling van Actiz (januari 2015) op problemen met de financiering van de netwerkstructuur van dementieketens. De zogenaamde Beleidsregel Ketenzorg Dementie is bedoeld om samenwerkingsverbanden en projecten die voor regionale ketenzorg opgezet zijn, in 2015 te continueren (NZa, 2014). Bij een deel van de dementieketens, zouden de contracteringsafspraken hierover met de zorgverzekeraars niet of moeizaam tot stand komen. In de peiling van ActiZ (januari 2015) geeft ongeveer de helft van de vertegenwoordigers van lidinstellingen (48%) aan dat men ketenzorg dementie kan continueren conform de eerdere afspraken in 2014.

1.3 Doel- en vraagstellingen

De geluiden uit het veld over problemen rond inkoop en kwaliteit van casemanagement en ketenzorg, zijn ook aan de orde geweest in een recent debat in de Tweede Kamer (Kamerstuk d.d. 28 januari 2015). Naar aanleiding van de Kamervragen heeft de staatssecretaris van VWS toegezegd op korte termijn inzicht te geven in de stand van zaken.
VWS heeft daarom het NIVEL de opdracht gegeven in februari 2015, vanuit het perspectief van ketenregisseurs, in kaart te brengen hoe het staat met de contractering van de dementieketens en hoe de kwaliteit en het aanbod van casemanagement dementie geborgd zijn.

Daarbij zijn de volgende onderzoeksvragen voor de peiling geformuleerd:

1. *a. Zijn de dementieketens voor 2015 gecontracteerd door de betreffende zorgverzekeraar(s)? En ziet het er naar uit dat die contractering gecontinueerd wordt in 2015?*
   b. Zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars voor wat betreft de inkoop van ketenzorg en casemanagement? En welke keuzes maken dementieketens of aanbieders binnen de ketens hier zelf in?

2. *a. Hoe wordt casemanagement in februari 2015 uitgevoerd en hoe wordt de kwaliteit en het aanbod van casemanagement geborgd?*
   b. Wie voert de casemanagementtaken uit?
   c. Wordt casemanagement aangeboden en uitgevoerd conform de eisen in de Zorgstandaard Dementie?
   d. Zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars voor wat betreft de eisen die zij stellen aan de kwaliteit en het aanbod van casemanagement? En welke keuzes maken dementieketens of aanbieders binnen de ketens hier zelf in?

1.4 Werkwijze en respondenten

Alle ketenregisseurs van de 85 regionale dementieketens in Nederland hebben begin februari 2015 een online vragenlijst (zie Bijlage 2) via de email ontvangen. Op verzoek van één ketenregisseur zijn twee ketens in de analyses samengevoegd, omdat deze organisatorisch één dementieketen vormen. Dit brengt het totale aantal dementieketens op ***84.***
Per dementieketen hebben we één vragenlijst gemaild. Enkele ketenregisseurs sturen echter meerdere (twee of drie) ketens aan, die op identieke wijze werken. In die gevallen is één vragenlijst ingevuld die dan voor meerdere ketens meetelt.

De bereidheid onder ketenregisseurs om de vragenlijst in te vullen was groot. Uiteindelijk hebben ketenregisseurs van ***66*** dementieketens de vragenlijst ingevuld, waarmee de netto respons ***79%*** (66/84) is. Dit responspercentage is voor enquêtering onder zorgpartijen erg hoog en betekent dat we een goede indruk kunnen krijgen van de ervaringen van ketenregisseurs met de contractering van casemanagement en ketenzorg bij dementie. Dit hoge responspercentage geeft ook een indicatie dat het onderwerp van de peiling leeft onder ketenregisseurs.

Meer informatie over de werkwijze en de respondenten is te vinden in Bijlage 1 van dit rapport. De vragenlijst zelf is te vinden in Bijlage 2.

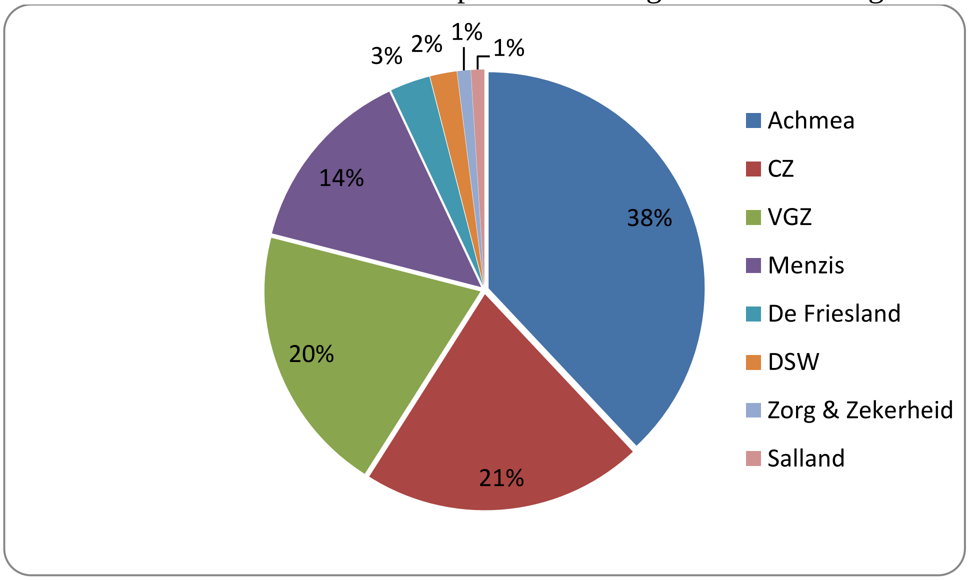
2 Contractering van ketenzorg en casemanagement

In dit hoofdstuk gaan we in op de inkoop van zorgverzekeraars van ketenzorg en casemanagement (zie onderzoeksvraag 1). We gaan daarbij onder meer in op met welke zorgverzekeraars de dementieketens te maken hebben, van welke beleidsregels ketens gebruik maken en welke (kwaliteits)eisen zorgverzekeraars hanteren bij de contractering van ketenzorg en casemanagement dementie.

2.1 Contractering door zorgverzekeraars

Aan de dementieketens is gevraagd aan te geven met welke verzekeraar ze het meest te maken hebben voor de inkoop. In de meeste gevallen is dat Achmea, CZ, VGZ of Menzis (zie Figuur 2.1). Bijna drie kwart (74%) heeft daarbij uitsluitend met één zorgverzekeraar te maken.

Figuur 2.1 Met welke zorgverzekeraar heeft uw dementieketen in 2015 **het meest** te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement?



**Drie dementieketens noemden Multizorg (een vertegenwoordiging van deelnemende zorgverzekeraars die de landelijke zorginkoop realiseert). Deze ketens hadden het meest met VGZ te maken.*

2.2 Financiering van ketenzorg en casemanagement

2.2.1 Gebruik van Beleidsregel Ketenzorg Dementie

In september 2014 is de Beleidsregel Ketenzorg Dementie vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, www.NZa.nl). Deze beleidsregel is niet bedoeld voor de financiering van casemanagement voor individuele verzekerden, maar voor de financiering van activiteiten die van belang zijn om de keten in stand te houden (zie ook Paragraaf 1.2)

Bij 43 van de 66 deelnemende dementieketens (65%) geeft de ketenregisseur aan dat de Beleidsregel Ketenzorg Dementie is gebruikt voor inkoop (zie Tabel 2.1). Daarbij wordt 22 keer genoemd dat het gaat om inkoop van activiteiten op het niveau van de keten, zoals 'instandhouding van het netwerk', 'ketencoördinatie', 'organisatie van het netwerk' en 'scholing casemanagers, ICT-ontwikkeling, intervisie et cetera '.
Echter zeventien maal wordt bij de toelichting genoemd dat de Beleidsregel Ketenzorg Dementie (ook of uitsluitend) gebruikt is voor de inkoop van cliëntgebonden casemanagement of de financiering van casemanagers. Ketenregisseurs die met Achmea te maken hebben geven daarbij als nadere uitleg dat de zorgverzekeraar de gelden verbonden aan deze beleidsregel toegevoegd heeft aan de gelden voor de financiering van casemanagement voor individuele mensen met dementie.
.

Tabel 2.1 Heeft uw dementieketen voor de inkoop van 2015 gebruik gemaakt van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie? (n=66)
(Meerdere antwoorden mogelijk)

Beleidsregel Ketenzorg Dementie	%
Ja, nl. voor de inkoop van….	65
Nee, omdat de zorgverzekeraar dat niet toestaat	8
Nee, vanwege andere redenen nl. ..	30

Daarentegen geven ketenregisseurs van vijf dementieketens (8%) aan dat zij geen gebruik maken van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie, omdat de zorgverzekeraar dat niet zou toestaan. De betreffende vijf ketens hebben te maken met de verzekeraars Menzis, CZ, DSW of Zorg & Zekerheid. We hebben in deze peiling niet gevraagd naar de reden waarom zorgverzekeraars dit niet toestaan. Bij twintig dementieketens (30%) geeft de ketenregisseur een andere reden aan voor het niet gebruiken van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie. De meest genoemde andere reden (genoemd bij vijf ketens) is dat de keten hier geen gebruik van wilde maken, omdat de zorgverzekeraar hen dan vervolgens zou korten op de middelen voor casemanagement voor cliënten. Deze reden werd toegelicht door opmerkingen als:

'Het lijkt erop dat Achmea de middelen uit de Beleidsregel Ketenzorg Dementie opgeteld heeft bij de middelen wijkverpleging en nu

casemanagement dementie betaalt o.a. uit die middelen.
Het is niet gelukt middelen voor de coördinatie van het netwerk aan te vragen, omdat Achmea dan de kassier kort op productie met 10%. Dat wil natuurlijk geen enkele aanbieder doen. En ook al was dat wel zo, dan moest het netwerk dat geld weer gaan rondpompen om die kassierorganisatie te gaan compenseren. Dat willen we niet'.

'Achmea maakt het onmogelijk, door de aanvragende organisatie voor hetzelfde bedrag te korten op de ingekochte capaciteit voor casemanagement dementie.'

Een andere reden die ook verschillende keren (bij vier ketens) genoemd wordt, is dat geen gebruik van de beleidsregel wordt gemaakt, vanwege financiering vanuit de Zvw-GGZ of andere financieringsbronnen.

2.2.2 Gebruik van de aanspraak Wijkverpleging

Vanaf 1 januari 2015 kan casemanagement gefinancierd worden vanuit de aanspraak Wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (zie Hoofdstuk 2.1 en www.NZa.nl). Of van deze mogelijkheid gebruik gemaakt wordt, was ook onderwerp van deze peiling (zie Tabel 2.2).

Tabel 2.2 Maakt uw dementieketen op dit moment gebruik van de aanspraak Wijkverpleging (binnen de Zorgverzekeringswet) voor de financiering van casemanagement dementie? (n=66)
(Meerdere antwoorden mogelijk)

Gebruik van aanspraak Wijkverpleging	**%**
Ja, door de dementieketen	38
Ja, door afzonderlijke aanbieders	45
Nee, er wordt nog geen gebruik van gemaakt	8
Anders, namelijk ….**	21

Slechts 8% geeft aan dat nog geen gebruik van deze aanspraak is gemaakt voor financiering van casemanagement door afzonderlijke aanbieders of de dementieketen als geheel (zie Tabel 2.2). Bij veertien dementieketens (21%) heeft de ketenregisseur 'anders, namelijk….' ingevuld. Diverse malen (zes maal) wordt bij de toelichting gerefereerd aan onduidelijkheid of onzekerheid, waardoor men nog weinig of geen beroep doet op deze aanspraak. Die onzekerheid betreft bijvoorbeeld welke partij binnen de keten moet declareren en voor welke partijen binnen de keten de financiering bedoeld is. Een selectie van relatief gedetailleerde toelichtingen:

'Het is de bedoeling dat casemanagement volledig via de Zvw wordt bekostigd, alleen kan de hoofdaannemer dit niet zelf doen en moet 1 partij binnen de keten declareren en het is nog niet 100% zeker welke partij dit gaat doen'.

'Het lukt nog maar mondjesmaat om gebruik te maken van deze aanspraak. Het is nog erg zoeken hoe de aanvragen het best ingediend kunnen worden. Doordat Zorg & Zekerheid bij alle afzonderlijke aanbieders heeft ingekocht moeten er ook nog allerlei afspraken tussen zorgaanbieders worden gemaakt. O.a. over onderaannemerschap en het praktisch regelen van het een en ander''.

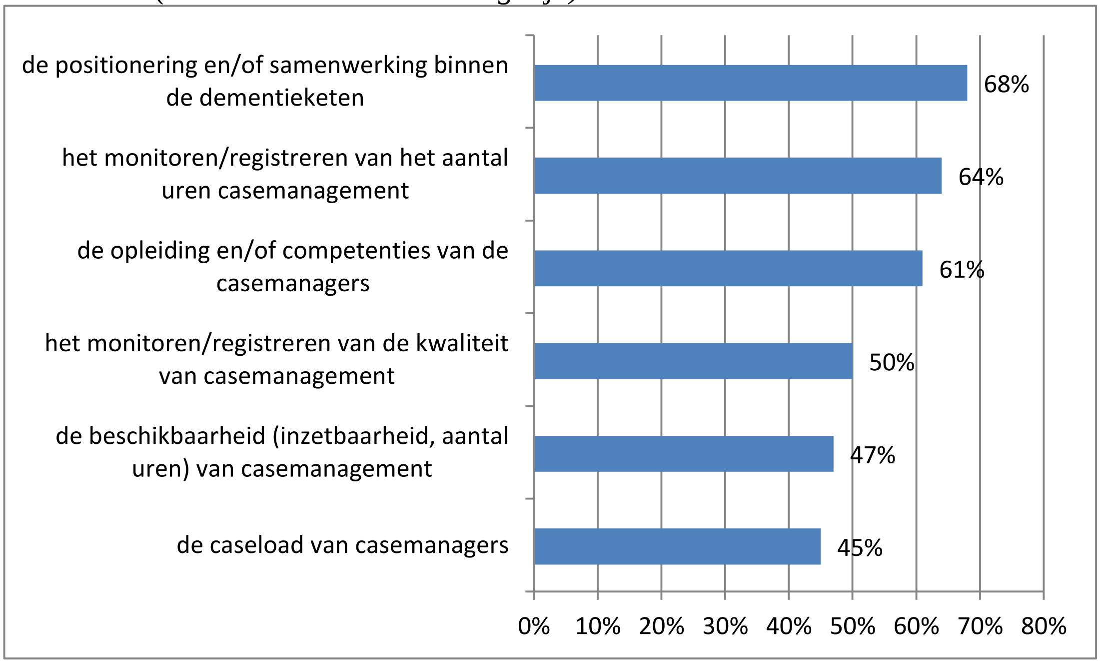
Andere toelichtingen bij de 'anders, namelijk ……' antwoorden hadden niet zo zeer te maken met het nog niet gebruik maken van de aanspraak Wijkverpleging, maar met het zich niet helemaal herkennen in de voorgaande antwoordcategorieën. Die toelichtingen luiden bijvoorbeeld:

'Afspraken zijn gemaakt met het netwerk voor de hele regio, maar contracten zijn met de afzonderlijke aanbieders gesloten.'

2.3 Eisen van zorgverzekeraars, vanuit het perspectief van ketenregisseurs

Bij in totaal 63 van de 66 dementieketens uit deze peiling (95%) geeft de ketenregisseur aan dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan de inkoop van casemanagement dementie. Welke eisen dit zijn en hoe vaak deze eisen zijn genoemd, is te zien in Figuur 2.2.

Figuur 2.2 Stelt de zorgverzekeraar waar uw dementieketen het meest mee te maken heeft eisen aan de inkoop van casemanagement dementie (n=63)? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*



We lichten de eisen van de zorgverzekeraars, zoals geformuleerd door

ketenregisseurs, hierna toe.

2.3.1 Eisen ten aanzien van positionering en/of samenwerking

Ketenregisseurs van 45 dementieketens (68%) noemen dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan de positionering en samenwerking in de keten. In de uiteenlopende toelichtingen wordt veelal gerefereerd aan samenwerkingsovereenkomsten, deelname van diverse ketenpartners en/of onafhankelijk functioneren van de casemanager binnen de keten. Bijvoorbeeld:

'De casemanager functioneert onafhankelijk in de keten. Afspraken binnen de keten over regionale organisatie van casemanagers dementie en eventuele overige functionarissen als wijkverpleegkundigen en POH en hun rollen in de keten'..

2.3.2 Eisen ten aanzien van monitoren/registreren aantal uren casemanagement

Ketenregisseurs van 42 dementieketens (64%) geven aan dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan het monitoren/registreren van aantal uren casemanagement. Een selectie van enkele relatief uitgebreide en expliciete toelichtingen:

> *'Alle casemanagement moet geregistreerd worden op eenheden van 5 minuten, onderverdeeld in cliënten met een indicatie voor wijkverpleegkundige zorg en cliënt zonder indicatie voor zorg. Casemanagement moet in beide categorieën apart geïndiceerd worden, bij cliënten met indicatie door wijkverpleegkundige, in niet pluis fase door casemanager dementie'.*
> *'Elk kwartaal wordt de keten verzocht om een rapportage in te vullen. Voor 2015 hebben we deze nog niet gezien. Ga ervan uit dat dit dezelfde is als in 2014'.*

2.3.3 Eisen ten aanzien van monitoren/registreren van kwaliteit van casemanagement

Verder geven bij 33 dementieketens (50%) ketenregisseurs aan dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan het monitoren/registreren van de kwaliteit van het casemanagement. Veelal wordt hierbij verwezen naar tevredenheidmetingen onder cliënten, metingen met de netwerkindicatoren en/of de eis om een individueel zorgplan op te stellen. Een selectie van illustratieve toelichtingen:

'De keten neemt deel aan de meting met netwerkindicatoren. Deze meting wordt jaarlijks uitgevoerd, conform de indicatoren in de Zorgstandaard' .

'Elke cliënt dient een zorgplan te hebben.

2.3.4 Eisen ten aanzien van opleiding en competenties van de casemanagers

Bij 40 van de 66 dementieketens uit deze peiling (60%) noemt de ketenregisseur dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan de opleiding en competenties van de casemanagers. In de meeste gevallen (28 keer) wordt expliciet genoemd dat een

‘HBO-plus’ opleiding (vaak nader toegelicht als HBO opleiding plus post academische opleiding casemanagement) dan wel wordt verwezen naar de Zorgstandaard die ook uitgaat van ‘HBO-plus’ niveau.
Zeven maal wordt 'HBO-niveau' als eis genoemd, waarbij twee maal aan toegevoegd wordt dat het gaat om HBO-niveau met goede organisatorische en sociale vaardigheden en voldoende medische expertise.

2.3.5 Eisen ten aanzien van beschikbaarheid en aanbod van casemanagement

Bij in totaal 31 dementieketens (47%) geeft de ketenregisseur aan dat de zorgverzekeraar eisen stelt aan beschikbaarheid en aanbod. De betreffende ketenregisseurs omschrijven deze eisen meestal niet heel specifiek, maar soms (5 maal) wordt in dit verband verwezen naar de eisen uit de Zorgstandaard Dementie (in Bijlage 4 van dit rapport is te vinden welke eisen dit zijn). Ook wordt relatief vaak de vereiste contractomvang van de casemanager specifiek benoemd: minimaal 16 uur (5 maal genoemd) of minimaal 24 uur per week (3 keer genoemd).

2.3.6 Eisen ten aanzien van caseload van de casemanager

Bij in totaal 30 dementieketens (45%) noemt de ketenregisseur eisen die de zorgverzekeraar stelt aan de caseload van de casemanagers. In veel gevallen (tien keer) wordt minimaal 50 of 55 cliënten per 1 FTE genoemd. Bij één andere keten stelt de zorgverzekeraar volgens de ketenregisseur als eis stellen dat een casemanager 70-75 cliënten per 1 FTE moet hebben. Bij drie andere ketens wordt gezegd dat de eisen conform de Zorgstandaard zijn (overigens noemt de Zorgstandaard niet wat de caseload zou moeten zijn, zie Bijlage 4).

2.3.7 Aanvullende eisen van zorgverzekeraars

Ketenregisseurs van 28 dementienetwerken (42%) geven aan dat de zorgverzekeraar (ook) andere eisen stelt. De betreffende ketenregisseurs omschrijven deze eisen meestal niet heel specifiek. Uitzonderingen daarop vormen opmerkingen over de vereiste contractomvang van de casemanager specifiek benoemd: minimaal 16 uur (5 maal genoemd) of minimaal 24 uur per week (drie keer genoemd).

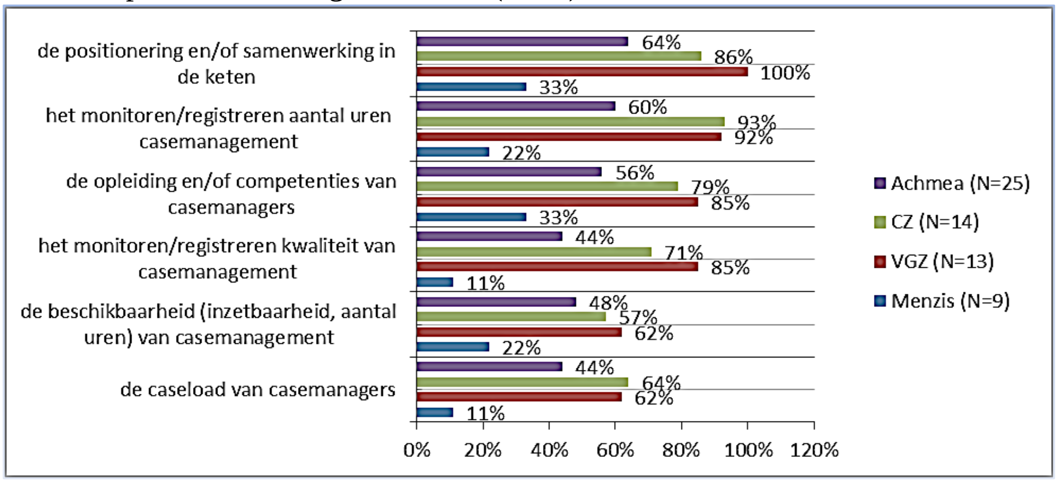
2.3.8 Onwetendheid over eisen

Daarnaast geeft bij vijftien dementieketens (23%) de ketenregisseur aan niet te weten of zorgverzekeraars bij de inkoop eisen stellen aan casemanagement. Ketenregisseurs hebben veel uiteenlopende redenen voor die onwetendheid gegeven, bijvoorbeeld dat de inkoop door een andere partij in de keten wordt gedaan, dat er weinig contact is met de zorgverzekeraar of dat er nog geen duidelijk inkoopbeleid is vastgesteld voor casemanagement dementie onder de Zvw.

2.3.9 Verschillen tussen dementieketens qua eisen van zorgverzekeraars

We hebben ook gekeken of de door de ketenregisseurs gerapporteerde eisen van zorgverzekeraars verschillen, afhankelijk of zij het meest met Achmea, CZ, VGZ of Menzis te maken hebben (Figuur 2.3).

Figuur 2.3 Percentage van dementieketens waar zorgverzekeraar bepaalde eisen aan inkoop van casemanagement stelt (n=61)



Uit Figuur 2.3 valt af te lezen dat ketenregisseurs van dementieketens die voor inkoop van casemanagement het meest te maken hebben met zorgverzekeraars VGZ of CZ relatief vaak rapporteren dat eisen gesteld worden aan positionering en samenwerking in de keten, het monitoren/registreren van het aantal uren casemanagement en de opleiding en competenties van casemanagers. Op basis van de antwoorden van de ketenregisseurs komt het beeld naar voren dat Menzis van de vier genoemde zorgverzekeraars het minst vaak eisen stelt aan de inkoop van casemanagement dementie.

2.4 Eisen van zorgverzekeraars t.a.v. casemanagement, genoemd in inkoopdocumenten

Om meer inzicht te hebben in de eisen die de zorgverzekeraars stellen bij de inkoop, is via de ketenregisseurs ook de inkoopdocumenten opgevraagd. Bijlage 4 van dit rapport geeft een schematisch overzicht van de vier 'dominante' zorgverzekeraars bij de inkoop van casemanagement: Achmea, CZ, Menzis en VGZ. De eisen die in de inkoopdocumenten worden genoemd hebben we gelegd naast de eisen die in de landelijke Zorgstandaard Dementie zijn geformuleerd. Zorgverzekeraars formuleren in hun inkoopdocumenten in grote lijnen dezelfde kwaliteitseisen voor inkoop van casemanagement. Deze eisen sluiten meestal direct aan bij de landelijke Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland en Vilans, 2013). Wel is er tussen de zorgverzekeraars enig verschil in de mate waarin zij hun eisen gespecificeerd hebben: Menzis heeft bijvoorbeeld de opleidingsvereiste van de professional die casemanagement uitvoert iets minder specifiek benoemd dan andere verzekeraars (zie Bijlage 4).
Als we de eisen uit de inkoopdocumenten vergelijken met de eisen zoals die door de ketenregisseurs zijn gerapporteerd (zie vorige paragraaf), dan blijkt in de inkoopdocumenten niets terug te vinden over caseload of contractomvang van de

casemanager, terwijl daarover wel eisen werden gerapporteerd door de ketenregisseurs (zie hiervoor). Dit wijst in de richting dat tijdens de inkoopprocedures soms nog aanvullende eisen worden gesteld. Andersom zien we dat er in alle inkoopdocumenten eisen worden genoemd over positionering/samenwerking, opleidingsniveau/competenties en beschikbaarheid/aanbod van casemanagement, terwijl die niet door alle ketenregisseurs gerapporteerd zijn (zie figuur 2.3).

2.5 Kernpunten in dit hoofdstuk

- Bijna twee derde van de dementieketens maakt gebruik van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie. Als ketens geen gebruik maken van deze beleidsregel, wordt meestal als reden aangevoerd dat de zorgverzekeraar die mogelijkheid niet aan hen biedt. Sommige ketens die te maken hebben met zorgverzekeraar Achmea kiezen er zelf (noodgedwongen) voor om geen aanspraak te doen op deze beleidsregel: als zij financiering voor ketenactiviteiten zouden krijgen, zou dat vervolgens gekort worden op casemanagement voor individuele cliënten.
- De meeste ketens hebben al gebruik gemaakt van de mogelijkheid van financiering van casemanagement vanuit de aanspraak Wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet. Er bestaat echter in het veld nog soms onduidelijkheid, bijvoorbeeld over welke partij binnen de keten moet declareren en/welke aanbieder(s) gebruik kunnen maken van die financiering.
- Bij bijna alle dementieketens geeft de ketenregisseur aan dat de zorgverzekeraar kwaliteitseisen stelt aan de inkoop van casemanagement. De kwaliteitseisen die ketenregisseurs rapporteren, komen echter niet in alle opzichten overeen met de inkoopdocumenten. Zo noemt een deel van de ketenregisseurs dat eisen aan caseload en contractomvang van de casemanager worden gesteld, terwijl daarover in de inkoopdocumenten niets staat. Dit wijst in de richting dat tijdens de inkoopprocedures aanvullende eisen worden gesteld die niet transparant zijn en die per regio kunnen verschillen.

3 Uitvoering en borging van casemanagement

In dit hoofdstuk geven we inzicht in hoe casemanagement binnen de dementieketens momenteel (februari 2015) wordt uitgevoerd en hoe de kwaliteit en het aanbod is geborgd (zie onderzoeksvraag 2). Daarbij gaan we onder meer in op in hoeverre casemanagement overgedragen is van gespecialiseerde casemanagers naar generalistische wijkverpleegkundigen of andere professionals, of casemanagement in de praktijk aangeboden en uitgevoerd wordt conform de eisen in de Zorgstandaard Dementie.

3.1 Uitvoering van casemanagement

In alle 66 dementieketens die mee hebben gedaan aan deze peiling zijn casemanagers dementie in dienst, dat wil zeggen casemanagers met een eigenstandige, gespecialiseerde functie. Bij iets meer dan de helft (52%) van die dementieketens voeren uitsluitend die gespecialiseerde casemanagers het casemanagement uit en is ook besloten dat dat in 2015 zo zal blijven. Bij een klein deel (6%) is besloten dat dat in 2015 gaat veranderen (Tabel 3.1). Zeven procent heeft op de vraag wie momenteel in hun keten casemanagement dementie uitvoert 'Overig, namelijk….' geantwoord, soms met de toelichting dat inzet van casemanagers dementie de norm is, maar dat daar soms vanaf wordt geweken, omdat er dan een andere zorgprofessional (bijvoorbeeld een POH of wijkverpleegkundige) al nauw betrokken is bij de cliënt.

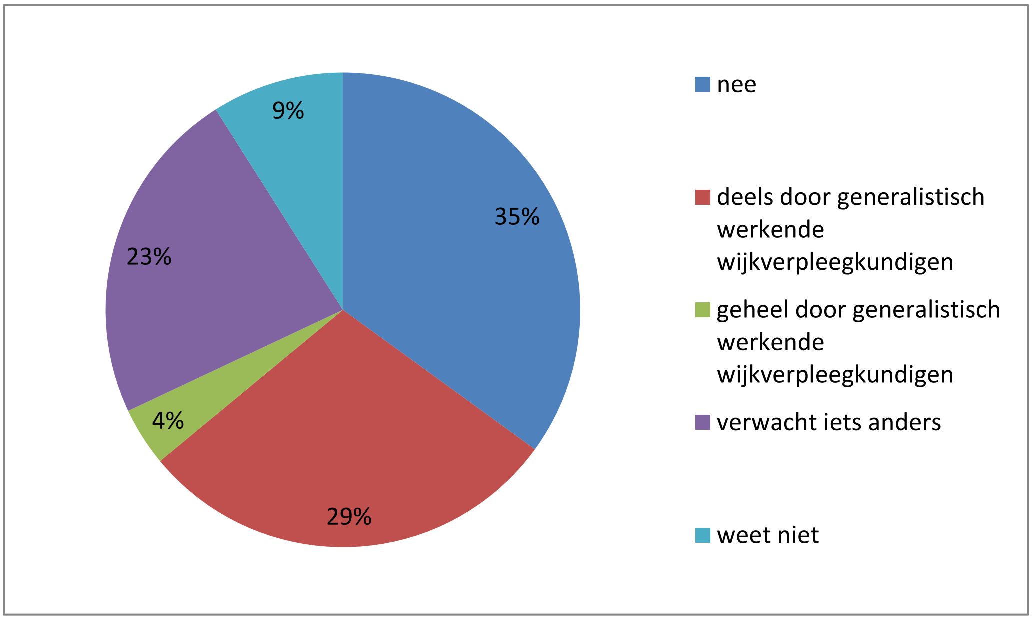
Bij 23 dementieketens (35%) voeren momenteel zowel casemanagers dementie als andere zorgprofessionals casemanagement uit. De meest genoemde andere zorgprofessionals zijn wijkverpleegkundigen (zeven keer genoemd), ouderenadviseurs (zes keer genoemd), POH ofwel praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk(vijf keer genoemd).

Tabel 3.1 Wie voeren **momenteel** binnen uw dementieketen momenteel casemanagement dementie uit? (n=66)

Uitvoering casemanagement	**%**
Alleen casemanagers dementie en dat in 2015 ook zo blijven	52
Alleen casemanagers dementie, maar in mijn dementieketen is besloten dat dat zal veranderen in de loop van 2015 veranderen	6
Zowel casemanagers dementie als zorgprofessionals nl….	**35**
Overig, namelijk	**7**

In de peiling is ook expliciet gevraagd of de ketenregisseurs verwachten dat er in de loop van 2015 in hun keten casemanagement ook zal worden uitgevoerd door generalistisch werkende wijkverpleegkundigen (zie Figuur 3.1)

Figuur 3.1 Verwacht u dat **in de loop van 2015** casemanagement binnen uw dementieketen (ook) uitgevoerd zal worden door de generalistisch werkende wijkverpleegkundigen? (n=66)



In Figuur 3.1 is af te lezen dat ketenregisseurs van ruim een derde van de ketens (35%) *niet* verwacht en bijna een derde (29%) *wel* verwacht dat casemanagement in hun keten ook uitgevoerd wordt door wijkverpleegkundigen. De groep die verwacht dat casemanagement *geheel* door generalistisch werkende wijkverpleegkundigen wordt overgenomen is klein (4%). Overigen hebben meestal geen duidelijke of zeer uiteenlopende verwachtingen.

3.2 Ontslag of functieverandering van casemanagers

Ook is in de peiling gevraagd of er in de dementieketens eind 2014/begin 2015 casemanagers dementie (eigenstandige functie) ontslagen zijn of een andere functie hebben gekregen, vanwege eventuele problemen met de inkoop van casemanagement.

Tabel 3.2 **Percentage ketens waar e**ind 2014/begin 2015 casemanagers ontslagen of overgeplaatst naar andere functie, vanwege problemen met inkoop? (n=66)

Zijn binnen de keten casemanagers ontslagen of overgeplaatst naar andere functie?	%
Nee	71
Ja	23
Weet ik niet	6

Vijftien dementieketens (23%) hebben eind 2014/begin 2015 casemanagers dementie ontslagen of een andere functie aangeboden, vanwege problemen met de

inkoop van casemanagement, bijvoorbeeld krappe productieafspraken en onduidelijkheid over (huidige of toekomstige) financiering. Bij twee van die vijftien ketens weten de ketenregisseurs niet de aantallen casemanagers die zijn ontslagen of zijn overgegaan naar een andere functie (bij één van die twee ketens zegt de ketenregisseur dat dit ongeveer 30% is). Maar bij de ketens waar aantallen wel bekend zijn, gaat het gemiddeld om drie casemanagers (tussen de één en zeven).
De vijftien dementieketens waar de voornoemde ontslagen/functieveranderingen spelen, hebben het meest te maken met zorgverzekeraar Menzis (7 ketens), gevolgd door Achmea (3 ketens), CZ (3 ketens) en Salland (1 keten) en Zorg & Zekerheid (1 keten). Ketenregisseurs lichten de functieveranderingen en ontslagen als volgt toe:

> *'Met de verwachting dat financiering van casemanagement halverwege 2015 drastisch zal veranderen (financiering loopt tot zomer 2015) wordt van sommige casemanagers het contract niet verlengd. Inspelen op deze situatie gebeurt nu door casemanagers te laten wennen aan nieuwe rol en andere professionals te scholen.'*
> *'*
> *'Omdat het onzeker is hoe 2016 eruit zal zien zullen de casemanagers in de regio meegenomen worden in een mobiliteitsprogramma om te solliciteren naar andere functies, zoals relatiebeheerder/wijkverpleegkundige. Voor de maatschappelijk werkers die alle drie als casemanager in sociale wijkteams zitten is het helemaal onzeker. Zij zullen uit dienst moeten.'*

Bij ontslag of functieverandering van gespecialiseerde casemanagers, blijken de casemanagementtaken in de meeste gevallen door generalistische wijkverpleegkundigen en/of collega casemanagers te zijn overgenomen (respectievelijk bij zeven en zes ketens genoemd). Bij vier ketens wordt genoemd dat de casemanagementtaken nog door niemand zijn overgenomen

Op de vraag wie de cliënten geïnformeerd heeft over het ontslag of de functieverandering, geven de ketenregisseurs uiteenlopende antwoorden, onder meer: door de casemanagers zelf (twee keer genoemd), door andere casemanagers of wijkverpleegkundigen die taken hebben overgenomen (vier keer genoemd) of door de verantwoordelijke zorgaanbieders (twee keer genoemd).

3.3 Borging van kwaliteit en aanbod van casemanagement

In het vorige hoofdstuk (paragraaf 2.3 en 2.4) hebben we laten zien dat zorgverzekeraars verschillende kwaliteitseisen stellen bij de inkoop van casemanagement; eisen die vaak aansluiten bij de landelijke Zorgstandaard Dementie (zie ook paragraaf 1.1). Dit roept de vraag op hoe in de praktijk de kwaliteit geborgd wordt. Wij vroegen daarom de ketenregisseurs of zij van mening zijn dat binnen hun regio in alle situaties waar casemanagement dementie

wordt aangeboden, momenteel voldaan wordt aan de eisen uit de Zorgstandaard.

Tabel 3.3 Percentage dat van mening is dat binnen hun regio in *alle* situaties wordt voldaan aan eisen uit Zorgstandaard Dementie? (n=66) *(slechts één antwoord mogelijk)*

Voldoen in alle situaties aan eisen Zorgstandaard Dementie	%
Ja	44
Nee, omdat ……	45
Weet niet	11

Op die vraag antwoordt 44% met ‘Ja’ en 45% met ’Nee’ (zie Tabel 3.3). De uitleg bij het ontkennende antwoord loopt sterk uiteen en is soms weinig specifiek, maar ketenregisseurs van vier ketens (6%) refereren aan het feit dat soms (onduidelijk blijft hoe vaak precies) gewerkt wordt met professionals die geen ‘HBO-plus’ niveau hebben, bijvoorbeeld 'gewone' wijkverpleegkundigen of andere zorgprofessionals zonder relevante vervolgopleiding’ of door professionals die hun vervolgopleiding nog niet hebben afgerond. Als reden hiervoor wordt genoemd dat er op dit moment nog niet voldoende 'HBO-plus' opgeleiden beschikbaar zijn en/of dat sommige professionals nog bezig zijn met hun casemanagementopleiding :

3.4 Maatregelen om kwaliteit en aanbod van casemanagement te waarborgen

Ook vroegen we de ketenregisseurs of in hun keten maatregelen zijn genomen om de kwaliteit en het aanbod van casemanagement ook in 2015 te waarborgen. Bijna drie vierde van de ketens (74%) heeft dergelijke maatregelen getroffen. Relatief vaak (vijftien maal) wordt genoemd dat in de keten is afgesproken dat casemanagement aangeboden wordt door professionals op ‘HBO-plus’ niveau. Nog vaker (22 maal) refereren ketenregisseurs aan voorgenomen of al genomen maatregelen voor deskundigheidsbevordering, zonder een specifiek opleidingsniveau te benoemen. Een selectie van illustratieve opmerkingen:

‘Intervisie, competentiegerichte coaching en jaargesprekken die we altijd al deden. In 2015 zijn we gestart met een positioneringsdag. Bovendien krijgen alle casemanagers dit jaar scholing op maat (in house). Gesprekken hierover zijn aan de gang.’

‘Plannen om generalisten te scholen, maar dit moet wel bekostigd worden. Waar komt financiering vandaan? Ook consult en adviesfunctie t.b.v. generalisten in de wijk willen we graag overeind houden. Ook hier zal financiering voor gevonden moeten worden.’

‘Nog niet uitgewerkt, maar het is wel de bedoeling dat de generalisten (wijkverpleegkundigen) geschoold worden om hun taken op het gebied van casemanagement dementie te kunnen uitvoeren."

Verder blijkt dat bijna twee derde van de ketens (64%) maatregelen heeft genomen om het aanbod van casemanagement in 2015 te waarborgen. Relatief veel genoemde maatregelen (negentien keer genoemd) zijn productieafspraken met de zorgverzekeraar.
Ook noemen ketenregisseurs relatief vaak (bij tien ketens) dat zij door afspraken met ketenpartners of met gemeenten aanbod van casemanagement proberen te borgen, bijvoorbeeld:

> *‘In een vroeg stadium contact gezocht met de gemeenten om het casemanagement toch te borgen voor de toekomst. Van de vijf gemeenten waar we mee te maken hebben zijn er drie die al concrete toezeggingen hebben gedaan en één die de intentie heeft uitgesproken het casemanagement in de huidige vorm te willen continueren. Zo snel als dat kon afspraken gemaakt met de ketenpartners om het casemanagement in de huidige vorm te kunnen blijven leveren, waarbij we 2015 wel als overgangsjaar zien en het de verwachting is dat zowel de functie casemanager als de structuur van de ondersteuning zal gaan veranderen’.*

> *‘Via afspraken binnen de keten wordt ingezet op declaratie van standaardbezetting, opgenomen in de begroting/jaarplannen voorlopige financiering 2015"*

Daarnaast wordt (vier maal) genoemd dat men door veranderingen in de werkwijze een bepaald aanbod van casemanagement veilig stelt. Veranderingen in werkwijze zijn dan bijvoorbeeld dat gespecialiseerde casemanagers minder zelf casemanagement geven en meer andere zorgprofessionals coachen bij hun casemanagementtaken, evenals inkrimpen van het aantal uren casemanagement:

> *'Toenemend aantal cliënten op wachtlijst door groeiende vraag, maar aantal FTE casemanagement kan niet groeien. Daarom casemanager positie gegeven als expert om zodoende POH-ouderenzorg en wijkverpleegkundige te kunnen coachen in casemanagement rol.’*

> *‘Inkrimpen uren ondersteuning en uren ketenregisseur, om inkrimpen uren casemanagement op te vangen, desondanks is ook totaal aan uren casemanagement terug gebracht (deel vorig jaar al gerealiseerd).’*

> *‘Proberen nu nog efficiënter te werken (meer in koppeltjes om elkaar beter op te kunnen vangen) en werken met een 'wachtlijst' om de ergste druk op te kunnen vangen, maar is niet te doen om kwaliteit hetzelfde te houden. We vragen steeds vaker of andere zorgprofessionals (bijvoorbeeld POH of zichtbare schakel) de cliënt nog even in begeleiding kunnen houden tot we het weer zelf op kunnen pakken.’*

3.5 Te verwachten ontwikkelingen in 2015

Ten slotte zijn ketenregisseurs gevraagd of zij voor 2015 nog andere ontwikkelingen verwachten in de inkoop of financiering van casemanagement en ketenzorg. In totaal 75% heeft deze afsluitende vraag beantwoord. Meest genoemd zijn onduidelijkheid of zorgen over de financiering van ketenzorg en casemanagement (in totaal gaan 23 opmerkingen hierover). Zo uiten ketenregisseurs zorgen over de financiering van casemanagement op de iets langere termijn en vrees dat ketenpartners door bezuinigingen en onzekerheid minder willen investeren in samenwerking binnen de keten. Enkele illustratieve opmerkingen:

'Met de verwachting dat financiering casemanagement halverwege 2015 drastisch zal veranderen (financiering loopt tot zomer 2015) wordt van sommige casemanagers het contract niet verlengd. Inspelen op deze situatie gebeurt nu door casemanager te laten wennen aan nieuwe rol en andere professionals te scholen'.

'Gezien de grote impact van de bezuinigingen en de daaruit voortvloeiende chaos en onrust, constateer ik dat de meeste betrokken partners in eerste instantie kiezen voor het voorbestaan van hun eigen organisatie met veelal ingrijpende reorganisaties e.d. tot gevolg. Hierdoor zie ik het belang van ketenzorg naar de achtergrond verschuiven en heb ik vrees voor de toekomst voor het voortbestaan van de dementieketens'.

'Mijn zorg is, dat het netwerk wat is opgebouwd in de loop van de jaren - met heel veel resultaat - verdwijnt bij het uitblijven van structurele financiering van de coördinatie van dat netwerk. Hiermee worden de resultaten van het landelijk dementieprogramma te niet gedaan'.

Ook plaatsen ketenregisseurs opmerkingen (in totaal acht) over uitdagingen in 2015 voor de samenwerking en afstemming met wijkverpleegkundigen of gemeenten, zoals:

'Het is heel lastig alle informatie als keten te bundelen. Ik ben als coördinator aangesteld en heb de onafhankelijke casemanagers mogen aansturen. Nu het overgaat naar de wijkverpleging heb ik mijn taak overgedragen naar de leidinggevende van de wijkverpleging, zij zal het verder oppakken'.

'Gesprekken met de gemeenten, over onder meer of zij de advies- en consultatiefunctie dan wel begeleiding bij dementie kunnen gaan bekostigen'.

Tevens plaatsen ketenregisseurs bij deze open vraag opmerkingen (in totaal vijf) over dreigend verlies van kwaliteit en/of expertise van casemanagers, omdat zij verwachten dat casemanagementtaken (deels) overgenomen zullen worden door wijkverpleegkundigen:

> *'Zorgorganisaties kijken verschillend aan tegen de invulling van de rol van casemanager, binnen de keten. Hierdoor is het niet mogelijk eenduidig kwaliteit en kwantiteit te controleren en vanuit de keten hierop toe te zien'.*

Bijlage 3 bevat een overzicht van alle gemaakte opmerkingen bij deze afsluitende vraag over verwachte ontwikkelingen in 2015.

3.6 Kernpunten in dit hoofdstuk

- In alle dementieketens werken gespecialiseerde casemanagers dementie. Bij ruim een derde van de ketens voeren behalve casemanagers ook andere zorgprofessionals (wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs en POH's) casemanagement uit.
- Bijna een kwart van de ketens heeft eind 2014/begin 2015 enkele casemanagers ontslagen en/of een andere functie aangeboden, vanwege problemen met de inkoop van casemanagement, bijvoorbeeld krappe productieafspraken en onduidelijkheid over financiering.
- Bijna drie op de vier dementieketens heeft maatregelen genomen (zoals scholing en intervisie) om er voor te zorgen dat casemanagement ook in 2015 op een kwalitatief goed niveau blijft.
- Verder heeft bijna twee derde van de ketens maatregelen genomen om een bepaald aanbod van casemanagement in 2015 te waarborgen; meest genoemd zijn productieafspraken met de zorgverzekeraar, samenwerking met ketenpartners en/of gemeenten, en veranderingen in werkwijze.
- Op de open vraag naar andere verwachte ontwikkelingen voor 2015, refereren ketenregisseurs het vaakst (23 maal) aan onduidelijkheid of bezorgdheid over financiering van casemanagement en/of ketenstructuur. Verder zien ketenregisseurs uitdagingen in de samenwerking en afstemming met wijkverpleegkundigen en gemeenten (8 maal genoemd) en signaleren sommigen een dreigend verlies van kwaliteit en expertise van gespecialiseerde casemanagers (5 maal genoemd).

4 Conclusies en reflecties

In dit slothoofdstuk presenteren we de belangrijkste conclusies aan de hand van de onderzoekvragen.

4.1 Hoe wordt casemanagement dementie uitgevoerd en geborgd?

Zijn dementieketens voor 2015 gecontracteerd door de betreffende zorgverzekeraar(s)?
Ziet het er naar uit dat die contractering gecontinueerd wordt in 2015?
Zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars voor wat betreft de inkoop van ketenzorg en casemanagement?
Welke keuzes maken dementieketens of aanbieders binnen de ketens hier zelf in?

Uit de online peiling in februari 2015 onder ketenregisseurs van 66 deelnemende dementieketens komt een divers beeld naar voren qua financiering. Bijna twee derde van de ketens gebruikt de Beleidsregel Ketenzorg Dementie voor financiering van de ketenstructuur in 2015. Daarentegen zouden vijf ketens (8%) die te maken hebben met Menzis, CZ, DSW of Zorg & Zekerheid, geen gebruik maken van deze beleidsregel omdat de zorgverzekeraar hen die mogelijkheid niet zou bieden.
Verzekeraars zijn niet verplicht om netwerkstructuren te bekostigen en stellen daarvoor eisen. In het inkoopdocument van Menzis (2014) staat bijvoorbeeld dat 'goed functionerende projectorganisaties in het overgangsjaar 2015 ondersteund zullen blijven worden, mits aantoonbaar is uit het jaarverslag 2014 dat een dergelijke projectorganisatie goed functioneert en de doelen uit 2014 behaald zijn.' Mogelijk kunnen daardoor verschillen tussen ketens verklaard worden in al dan niet gebruik kunnen maken van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie.

Verder blijkt dat ketens die met zorgverzekeraar Achmea te maken hebben, er soms ook zelf (noodgedwongen) voor kiezen om géén gebruik te maken van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie. De reden hiervan is dat als zij op die manier financiering zouden krijgen voor hun ketenstructuur, zij door hun zorgverzekeraar vervolgens gekort zouden worden op het budget voor cliëntgebonden casemanagement. De betreffende ketens en Alzheimer Nederland zijn daarover in gesprek met Achmea.

Vanuit de aanspraak Wijkverpleging binnen de Zvw kunnen ketens financiering krijgen voor casemanagement dementie voor individuele verzekerden. De meeste ketens maken al gebruik gemaakt van deze financieringsmogelijkheid. Echter 8% maakt er (nog) geen gebruik van, omdat er bij hen nog onduidelijkheid is over welke partijen binnen de keten moeten declareren en/of welke aanbieder(s) gebruik kunnen maken van de financiering. Die onduidelijkheid hangt mogelijk ook samen met het feit dat nu casemanagement onder de aanspraak Wijkverpleging valt, deze financiering niet 'geoormerkt' is voor

casemanagementactiviteiten of voor de keten.

Tevens blijkt uit deze peiling dat de 'grote spelers' bij de inkoop van casemanagement (Achmea, CZ, Menzis, VGZ) in grote lijnen vergelijkbare kwaliteitseisen stellen bij de inkoop van casemanagement, zoals ten aanzien van de positionering en de samenwerking binnen de keten. Deze eisen sluiten meestal direct aan bij de landelijke Zorgstandaard Dementie. Wel is er verschil in de mate waarin de zorgverzekeraars hun eisen gespecificeerd hebben, waardoor sommige ketens mogelijk meer ruimte hebben voor eigen invulling van die eisen en (kwaliteits)verschillen tussen ketens kunnen ontstaan.

4.2 Hoe wordt casemanagement dementie uitgevoerd en geborgd?

Hoe wordt casemanagement in februari 2015 uitgevoerd en hoe wordt de kwaliteit en het aanbod van casemanagement geborgd?
Wie voert de casemanagementtaken uit?
Wordt casemanagement aangeboden en uitgevoerd conform de eisen in de Zorgstandaard Dementie?

Ook bij de uitvoering van casemanagement en de borging is er diversiteit tussen dementieketens. Bij ruim een derde van de ketens voeren behalve gespecialiseerde casemanagers ook generalistische zorgprofessionals casemanagement uit. Die generalisten zijn veelal wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs of POH's.

Inmiddels heeft ongeveer een kwart van de dementieketens enkele gespecialiseerde casemanagers dementie ontslagen en/of in een andere functie geplaatst, vanwege problemen met de inkoop van casemanagement voor 2015 (bijvoorbeeld krappe productieafspraken en onduidelijkheid over financiering). Deze ontslagen/functieveranderingen van casemanagers komen relatief veel voor bij dementieketens die te maken hebben met zorgverzekeraar Menzis. Bij ontslag of functieverandering van gespecialiseerde casemanagers, blijken de casemanagementtaken in de meeste gevallen door generalistische wijkverpleegkundigen en/of collega casemanagers te zijn overgenomen. Ketenregisseurs variëren in hun verwachting of casemanagement in de loop van 2015 in hun keten ook door wijkverpleegkundigen uitgevoerd zal worden: bij ongeveer een derde van de ketens leeft die verwachting wel, maar een ander derde heeft die verwachting niet. Overigen hebben meestal geen duidelijke, uiteenlopende verwachtingen.
Of de gespecialiseerde casemanager dan wel bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige het beste casemanagement kan bieden, moet ons inziens geen hoofdpunt in beleidsdiscussies zijn. Het gaat er om of casemanagement van een kwalitatief goed niveau wordt gegeven, in aansluiting bij de kwaliteitseisen uit de Zorgstandaard Dementie. Voldoen aan de opleidingvereiste 'HBO-plus' (HBO plus een aanvullende relevante opleiding) maakt daar onderdeel van uit.

Bijna alle ketenregisseurs geven aan dat de zorgverzekeraar kwaliteitseisen stelt

bij de inkoop van casemanagement. Menzis blijkt, vanuit het perspectief van de ketenregisseurs, in vergelijking tot de drie andere 'grote spelers' bij inkoop van casemanagement (Achmea, CZ, VGZ) minder kwaliteitseisen te stellen, onder meer ten aanzien van het opleidingsniveau van de professional die casemanagement biedt. Dit kan een verklaring bieden voor waarom relatief vaak dementieketens die te maken hebben met Menzis kiezen voor ontslag/functieverandering van gespecialiseerde casemanagers. Binnen een situatie die gekenmerkt wordt door onzekerheid over continuering van financiering (zie ook ActiZ, 2015), moeten alle dementieketens keuzes maken, maar die keuzes zullen mede gestuurd worden door de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar stelt.

Deze peiling laat overigens wel enige discrepantie zien tussen de door ketenregisseurs gerapporteerde kwaliteitseisen en de inkoopdocumenten van zorgverzekeraars. De antwoorden van de ketenregisseurs geven een beeld dat verzekeraars soms specifieke eisen stellen aan caseload (50 - 55 cliënten) en contractomvang (16 - 24 uur per week), terwijl daarover in de inkoopdocumenten niets staat. Dit wijst in de richting dat soms tijdens de inkoopprocedures aanvullende en specifieke eisen door zorgverzekeraars worden gesteld, die niet voor alle regio’s gelijk lijken te zijn.

Om de kwaliteit van casemanagement ook in 2015 te borgen, heeft bijna drie op de vier dementieketens gerichte maatregelen genomen (bijvoorbeeld op het gebied van scholing en intervisie). Toch geven ketenregisseurs van ruim vier op de tien ketens (44%) aan dat niet in alle casemanagementsituaties in hun regio voldaan wordt aan de Zorgstandaard Dementie. Zo hebben de professionals die casemanagement geven niet altijd het vereiste ‘HBO-plus’ niveau, omdat die professionals nog niet overal in voldoende mate beschikbaar zouden zijn.

Verder heeft bijna twee derde van de ketens maatregelen genomen om een bepaald aanbod van casemanagement in 2015 te waarborgen, bijvoorbeeld in de vorm van productieafspraken met de zorgverzekeraar, samenwerking met ketenpartners en/of gemeenten of aanpassing van hun werkwijze. Veranderingen in werkwijze zijn dan bijvoorbeeld dat gespecialiseerde casemanagers minder zelf casemanagement geven en meer andere zorgprofessionals zijn gaan coachen bij hun casemanagementtaken, evenals inkrimpen van het aantal uren casemanagement per cliënt. Dergelijke maatregelen hebben mogelijk gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Alert zijn op de gevolgen voor individuele cliënten van aanpassing van de werkwijze (bijvoorbeeld minder begeleidingsuren) is van belang.

Ten slotte zijn ketenregisseurs aan het eind van de online peiling gevraagd of zij nog relevante ontwikkelingen verwachten die nog niet aan bod waren geweest. Drie kwart van de ketenregisseurs hebben gereageerd op deze vraag. De meeste opmerkingen (n=23) gaan over onduidelijkheden of zorgen over de toekomstige financiering van casemanagement of de ketenstructuur (zie Bijlage 3).

In recent onderzoek van ActiZ (2015) is eveneens gesignaleerd dat er in dementieketens bezorgdheid heerst over de toekomstige financiering en instandhouding van de ketenstructuur. Gerichte aandacht voor de middelen die nodig zijn om regionale ketenzorg in de toekomst in stand te houden is ons inziens van belang, mede omdat het aantal mensen met dementie toeneemt. Regionale ketenzorg in stand houden is ook belangrijk, omdat het een organisatorische randvoorwaarde is voor casemanagement.

Ook signaleren ketenregisseurs bij de vraag over toekomstige ontwikkelingen een dreigend verlies van kwaliteit en expertise van gespecialiseerde casemanagers (5 maal genoemd). Daarnaast noemen ketenregisseurs (in totaal 8 maal) uitdagingen in de samenwerking en afstemming met wijkverpleegkundigen en gemeenten. Goede regionale samenwerkingsafspraken zijn in dit kader van belang. Ketenregisseurs kunnen daarbij het voortouw nemen.

4.3 Noodzaak van monitoring, vanuit de perspectieven van *alle* betrokkenen

Hoe zinvol deze peiling ook is, deze heeft wel beperkingen: het gaat om een ‘quick scan’ vanuit één perspectief (dat van ketenregisseurs) in één meetperiode (februari 2015).
Om een meer volledig en continu beeld te krijgen van hoe ketenzorg en casemanagement dementie zich ontwikkelen, bevelen we aan ontwikkelingen rond de inkoop van case management te monitoren vanuit verschillende perspectieven, bijvoorbeeld cliënten, mantelzorgers, zorgverzekeraars, wijkverpleegkundigen en gespecialiseerde casemanagers. Voorbeelden van relevante vragen voor vervolgonderzoek zijn: Hoe kijken zorgverzekeraars aan tegen de huidige procedures en kwaliteitseisen bij de inkoop van casemanagement en ketenzorg? Voelen wijkverpleegkundigen zich toegerust voor casemanagement bij mensen met dementie? Hoe ervaren casemanagers dementie de huidige transities? En zeker ook het perspectief van mensen met dementie en hun mantelzorgers is van belang om in kaart te brengen in vervolgonderzoek: Wat merken zij in 2015 en de daarop volgende jaren van veranderingen in aanbod of kwaliteit van casemanagement? Hoe ervaren zij de kwaliteit van zorg als casemanagement gegeven wordt door wijkverpleegkundigen in plaats van gespecialiseerde casemanagers? Dit zijn enkele relevante vragen die in deze beknopte rapportage niet aan de orde zijn geweest, maar die wel zeer belangrijk zijn om beleid en praktijk verder in te vullen.
Monitoren, bijvoorbeeld elk half jaar, is ook van belang, omdat nu op dit moment binnen dementieketens een aantal zaken rondom inkoop, uitvoering en borging van casemanagement en ketenzorg nog niet uitgekristalliseerd zullen zijn. Onder ketenregisseurs leeft onzekerheid en onduidelijkheid over de financiering van casemanagement en ketenzorg na 2015. Het is voor praktijk en beleid van belang om ontwikkelingen in ketenzorg en casemanagement bij dementie te blijven volgen, mede omdat er steeds meer mensen met dementie komen en voor hen een kwalitatief goed zorgaanbod moet blijven bestaan.

Literatuurlijst

Achmea *Inkoopdocument wijkverpleging 2015*. Achmea, 2014.

Achmea. *Kader Dementie 2015*. Achmea, 2015.

ActiZ. *Rapportage ActiZ onderzoek Inkoop Wijkverpleging 2015.* Utrecht: ActiZ, 27 januari 2015.

Alzheimer Nederland en Vilans, 2013. *Zorgstandaard Dementie* (http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard %20Dementie %20PDF.pdf).

CZ. *Zorginkoopdocument wijkverpleging 2015. CZ, 2014.*

CZ. *Factsheet dementie 2015*. CZ, 2015.

Jansen P en P. Bakker. *Eindrapportage Financiering ketenzorg dementie*, Enschede: Bureau HHM, 2014.

Menzis. *Inkoop wijkverpleging 2015.*

Menzis *Notitie Casemanagement en Ketenzorg Dementie. Menzis, 2015.*

Ministerie van VWS et al. *Leidraad Ketenzorg Dementie: een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag*: Ministerie van VWS et al., 2009.

Ministerie van VWS. *Brief van de staatssecretaris drs. M.J. van Rijn aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Samenhang in zorg en ondersteuning.* Den Haag: Ministerie van VWS, 4 maart 2014.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). *Beleidsregel BR/CU-7111 Ketenzorg dementie Zvw*, Utrecht: 2015.

Peeters JM, Francke AL, Pot AM. *Organisatie en invulling van casemanagement dementie in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders*, Utrecht: NIVEL, 2011.

Peeters JM, Lange J, de, Asch I van, Spreeuwenberg P, Veerbeek M, Pot AM, Francke AL. *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie*, Utrecht: NIVEL/Trimbos instituut, 2012.

Peeters J, Werkman W, Francke A. *Kwaliteit van dementiezorg door de ogen van mantelzorgers. Dementiemonitor Mantelzorg 2013*. Deelrapportage 1. Utrecht/Amersfoort: NIVEL/Alzheimer Nederland, 2014.

Tweede Kamer der Staten generaal. *Kamerstuk 34 104. Langdurige zorg. Motie van de leden Dik-Faber en Bruins Slot.* Voorgesteld 28 januari 2015.

VGZ. *Inkoop wijkverpleging Coöperatie VGZ 2015. In transitie naar goede zorg dichtbij.* VGZ, 2014.

Zuizewind C.A, A.J.E. de Veer, M. Triemstra, J.M. Peeters, L. van der Hoek, A.M.C. Plass. *CQ-index Casemanagement Dementie. De kwaliteit van casemanagement dementie vanuit het perspectief van de mantelzorger*. Utrecht: NIVEL, 2015.

Bijlage 1 Methode

Steekproef van ketenregisseurs en wijze van benadering

De ketenregisseurs van alle 85 regionale dementieketens zijn benaderd voor deelname aan deze peiling. Van de dementieketens die momenteel geen ketenregisseur hebben, is de ‘vervanger’ aangeschreven. Het NIVEL heeft van Alzheimer Nederland de e-mail adressen ontvangen.

De ketenregisseurs hebben van het NIVEL per e-mail een uitnodiging ontvangen om - via een link met een login - een (beveiligde) online vragenlijst in te vullen. Een voordeel van het online invullen van vragenlijsten is, behalve de gebruikersvriendelijkheid voor de respondent, dat de resultaten direct beschikbaar zijn voor analyse en niet nog apart moeten worden ingevoerd in een data-entry programma.
De ketenregisseurs kregen een week de tijd om de vragenlijst in te vullen. Na een week is een herinneringsmail gestuurd (indien nodig), waarin zij dringend verzocht werden de vragenlijst alsnog per ommegaande in te vullen. In die herinneringsmail werd tevens aangekondigd dat zij binnen twee dagen gebeld zouden worden door het NIVEL zodat - indien nodig – om de vragenlijst alsnog telefonisch af te nemen.
Uiteindelijk zijn acht ketenregisseurs telefonisch bereikt van wie er drie alsnog de vragenlijst hebben ingevuld. Van vijf ketenregisseurs was geen telefoonnummer bekend en één ketenregisseur was telefonisch niet bereikbaar. Redenen om de vragenlijst niet in te vullen waren ‘niet meer werkzaam als ketenregisseur’ of ‘met vakantie’.

Respons

Uiteindelijk hebben 66 ketenregisseurs de vragenlijst volledig ingevuld waarmee de netto respons op 79% komt te liggen (Tabel 1).

Tabel 1 - Respons onder ketenregisseurs

Aantal verstuurde uitnodigingen (n)	84*
Respondenten (n)	68
Vragenlijst gedeeltelijk ingevuld (n)	2
Bruikbaar voor analyse (n)	66
Netto respons (%)	79%

*twee ketens zijn op verzoek van de ketenregisseur samengevoegd en in de analyses beschouwd als één keten

In alle ketens is de vragenlijst ingevuld door de ketenregisseur, maar in dertien ketens combineert de ketenregisseur zijn/haar functie met een andere functie zoals netwerkcoördinator, directeur/bestuurder, manager, projectsecretaris of specialist

ouderengeneeskunde.

Inhoud vragenlijst

De online vragenlijst (zie Bijlage 2) is kort en was binnen ongeveer 10 minuten in te vullen. De vragenlijstitems sluiten direct aan bij de door VWS geformuleerde onderzoeksvragen (zie rapport). Items met nummers 1, 5, 6 en 7 zijn gebaseerd op online vragen die Alzheimer Nederland in 2014 aan ketenregisseurs heeft voorgelegd. De overige items zijn nieuw ontwikkeld voor de huidige peiling.

Opvragen inkoopinformatie bij zorgverzekeraars

Ter validering en aanvulling van de gegevens die ketenregisseurs in de peiling doorgeven over de contractering met zorgverzekeraars en de kwaliteitscriteria die zorgverzekeraars daarbij hanteren, hebben we van alle zorgverzekeraars waarvan bekend is dat zij casemanagement bij dementie contracteren (Achmea, CZ, Menzis, VGZ, DSW etc.) hun op schrift gesteld inkoopbeleid bij casemanagement dementie op te vragen.

Analyse en rapportage

De gegevens zijn automatisch vanuit NETQ Internet Surveys geëxporteerd naar STATA, om de statistische analyses uit te kunnen voeren. Er zijn rechte tellingen (aantallen en percentages) berekend, die in diverse tabellen en/of figuren met toelichtende tekst zijn gepresenteerd in dit rapport.

Bijlage 2 Vragenlijst ketenregisseurs

1. Wat is de naam van uw regionale dementieketen?
   ……..

2. Wat is uw functie binnen de dementieketen? (slechts één antwoord mogelijk)
   a. Ketenregisseur
   b. Ketenregisseur in combinatie met een andere functie, namelijk ……
   c. Anders, namelijk……………

3. Met welke zorgverzekeraars heeft uw dementieketen in 2015 te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement? (meerdere antwoorden mogelijk)
   a. Achmea
   b. Menzis
   c. CZ
   d. VGZ
   e. DSW
   f. Salland
   g. De Friesland
   h. Zorg & Zekerheid
   i. Overig, namelijk…………

4. Als uw dementieketen met meerdere zorgverzekeraars te maken heeft, wilt u dan aangeven met welke zorgverzekeraar u **het meest** te maken heeft? (slechts één antwoord mogelijk)
   a. N.v.t., mijn dementieketen heeft maar met 1 zorgverzekeraar te maken
   b. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met Achmea
   c. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met Menzis
   d. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met CZ
   e. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met VGZ
   f. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met DSW
   g. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met Salland
   h. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met De Friesland
   i. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met Zorg & Zekerheid
   j. Mijn dementieketen heeft het meest te maken met een andere zorgverzekeraar, namelijk…………..

5. Heeft uw dementieketen voor de inkoop in 2015 gebruik gemaakt van de Beleidsregel Ketenzorg Dementie? (meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Ja, namelijk voor de inkoop van……………………………………………..
    b. Nee, omdat de verzekeraar dat niet toestaat
    c. Nee, vanwege een andere reden, namelijk………………………
       ………………………………………………………..

6. Wordt op dit moment binnen uw dementieketen gebruik gemaakt van de aanspraak Wijkverpleging (binnen de Zvw) voor de financiering van casemanagement dementie? (meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Ja, door de dementieketen
    b. Ja, door afzonderlijke aanbieders
    c. Nee, er zijn (nog) geen aanvragen daarvoor ingediend
    d. Anders,namelijk…………………………………………………………
       ………

7. Stelt de zorgverzekeraar waar uw dementieketen **het meest mee te maken heeft** eisen aan de inkoop van casemanagement dementie? (meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Nee, er worden geen eisen gesteld
    b. Ja, eisen t.a.v. beschikbaarheid en aanbod (inzetbaarheid, aantal uren) van casemanagement. Die eisen zijn:
       ……………………………………………………………………….
       ………………………………………………………………………..
    c. Ja, eisen t.a.v. opleiding en/of competenties van de casemanagers
       Die eisen zijn:
       ……………………………………………………………………….
       ………………………………………………………………………..
    d. Ja, eisen t.a.v. caseload van de casemanager. Die eisen zijn:
       ……………………………………………………………………….
       ………………………………………………………………………..
    e. Ja, eisen t.a.v. positionering en/of samenwerking binnen de dementieketen.
       Die eisen zijn:
       ……………………………………………………………………….
       ………………………………………………………………………..
    f. Ja, eisen t.a.v. het monitoren/ registreren van het aantal uren casemanagement
       ………………………………………………………………………………
    g. Ja, eisen t.a.v. het monitoren/ registreren van de kwaliteit van casemanagement
       ……………………………………………………………………………

h. Ja, (ook) andere eisen, namelijk ………………………………………………
i. Ik weet het niet, omdat ……………………………………………………

8. Bent u van mening dat binnen uw regio in alle situaties waar casemanagement dementie wordt aangeboden, momenteel voldaan wordt aan de eisen zoals geformuleerd in de Zorgstandaard Dementie? (slechts één antwoord mogelijk)

a. Ja
b. Nee, omdat ……………………………………………(graag toelichten)
c. Weet niet

9. Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om de **kwaliteit** (zoals t.a.v. opleidingsniveau, competenties) van casemanagement binnen uw regio ook in 2015 te waarborgen?

a. Nee, geen specifieke maatregelen

b. Ja, namelijk de volgende maatregelen…………………………………

10. Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om het **aanbod** (zoals het aantal casemanagers, het aantal uren) van casemanagement binnen uw regio ook vanaf 2015 te waarborgen?

a. Nee, geen specifieke maatregelen

b. Ja, namelijk de volgende maatregelen …………………………………

11. Wie voeren binnen uw dementieketen **momenteel** casemanagement dementie uit? (één antwoord mogelijk)

a. Niemand, nog geen overeenstemming over

b. Alleen casemanagers dementie (d.w.z. casemanagers met een eigenstandige, gespecialiseerde functie), en binnen mijn dementieketen is besloten dat ook zo zal blijven in 2015

c. Alleen casemanagers dementie, maar in mijn dementieketen is besloten dat dat zal veranderen in de loop van 2015.

d. Zowel casemanagers dementie als andere zorgprofessionals. Die andere zorgprofessionals zijn……………..

e. Alleen generalistisch werkende wijkverpleegkundigen

f. Alleen POH's

g. Alleen zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers)

h. Overig, namelijk…………………………………..

12. Verwacht u dat **in de loop van 2015** casemanagement dementie binnen uw dementieketen (ook) uitgevoerd zal worden door generalistisch werkende wijkverpleegkundigen in plaats van de casemanager dementie? (één antwoord mogelijk)

a. Nee, dat ik verwacht ik niet
b. Ja, ik verwacht **deels** door generalistisch werkende wijkverpleegkundigen
c. Ja, ik verwacht **geheel** door generalistisch werkende wijkverpleegkundigen
d. Ik verwacht iets anders, namelijk ………….
e. Weet niet

13. Zijn er in uw dementieketen eind 2014/begin 2015 casemanagers dementie (eigenstandige functie) ontslagen of overgegaan naar een andere functie, vanwege problemen met inkoop van casemanagement?

a. Nee → **ga naar vraag 16**
b. Ja, dat is bij ….(aantal) casemanagers dementie het geval geweest
c. Weet niet

14. Indien casemanagers ontslagen zijn of hun functie zijn verloren, wie heeft de mensen met dementie en hun mantelzorgers geïnformeerd over de veranderingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

a. De verzekeraar
b. De ketenregisseur
c. De ontslagen casemanagers
d. Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen
e. Nog door niemand
f. Anders, namelijk,…………………..

15. Indien casemanagers ontslagen zijn of hun functie zijn verloren, wie heeft dan de casemanagement taken overgenomen (meerdere antwoorden mogelijk):

a. Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen
b. POH's
c. Zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers)
d. Overige professionals, namelijk…………………………………..
e. Nog door niemand, en ik verwacht ook niet dat dat nog gaat gebeuren in 2015
f. Nog niemand, maar ik verwacht dat die taken wel overgenomen gaan worden in 2015, namelijk door…………
g. Weet ik niet

16. Als u op schrift gestelde inkoopinformatie heeft m.b.t. inkoop van ketenzorg en/of casemanagement voor 2015, wilt u die dan aan ons mailen?

a. Nee, dat is niet mogelijk of wenselijk, omdat ………………………………..

b. Ja, ik zal per ommegaande die inkoopinformatie mailen naar j.peeters@nivel.nl

17. Zijn er nog andere ontwikkelingen te verwachten **in 2015** die te maken hebben met de inkoop of financiering van casemanagement en ketenzorg en die nog niet aan de orde geweest? Zo ja, dan kunt u die eventueel hieronder toelichten.

……………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………..

Hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage 3 Andere ontwikkelingen in 2015

In deze bijlage zijn de opmerkingen van ketenregisseurs bij de afsluitende vraag '*Zijn er nog andere ontwikkelingen te verwachten in 2015 die te maken hebben met inkoop of financiering van casemanagement en ketenzorg?*" weergegeven. Driekwart van de respondenten heeft op deze vraag gereageerd. De reacties zijn hieronder letterlijk weergegeven, behalve dat ten behoeve van de leesbaarheid een paar opmerkingen iets zijn ingekort. Ook hebben we de opmerkingen van de respondenten gecategoriseerd en zijn namen van ketens, zorgorganisaties of regio's weggehaald, om de anonimiteit van de respondenten te bevorderen.

Onduidelijkheid of bezorgdheid t.a.v. financiering en/of voortbestaan van ketenzorg of casemanagement (23 opmerkingen)

* 'De kassier, zorgaanbieders, die onderdeel zijn van een netwerk die langer dan 5 jaar bestaat, konden een budget aanvragen voor 2015, voor directe face to face ondersteuning casemanagement. Dit is onderdeel van S2. Cliëntgebonden zorg. Het werd alleen gegund als de aanbieder, als kassier, onderdeel is van een netwerk bestaande uit gemeente, Ggz, huisartsvoorziening, zorgaanbieder, welzijn enz. Echter, en dat is het addertje, elke organisatie (aanbieder/kassier) heeft een lumpsum budget gekregen voor de totale zorg. Het budget van 2014 is voor 2015 ook gegund. Maar het is niet geoormerkt geld. Een aanbieder c.q. kassier heeft één bedrag voor alle activiteiten, hier vallen ook de AIV uren onder. Maar ook deze zijn niet geoormerkt. In de projectteams moet dus besproken worden dat het bedrag 2014 ook in 2015 opzij gelegd word voor de keten. Want onder die voorwaarden heeft een zorgaanbieder/kassier deze gelden gekregen. Mocht een keten ook een experiment overeenkomst hebben aangevraagd, samen met Achmea, dan is er op zijn hoogst 10% van het budget van 2014 gegund voor NIET cliëntgebonden netwerk activiteiten zoals ketenregie! Dit bedrag werd afgetrokken van het budget uit S2. Deze 10% is wel geoormerkt'.
* ' De registratie-eisen zijn anders binnen de Zvw, namelijk facturatie op cliëntniveau i.p.v. budgetfinanciering. Dit brengt enige onzekerheid met zich mee voor de meer overstijgende en coördinatietaken'.
* 'In verband met hoger te hanteren tarief (VP speciaal) is het aantal ingekochte uren nu minder dan in 2014, terwijl het aantal cliënten blijft stijgen en de complexiteit toeneemt!'
* 'Ik wil de coördinatiekosten van de keten die niet gedekt worden toch ook noemen. Als dit niet uit de beleidsregel bekostigd kan worden moeten de aanbieders die casemanagement bieden, dit toch ook uit hun 'dementieproductie' opbrengen'.
* 'De verwachte groei van het aantal mensen met dementie kan niet opgevangen worden in de huidige formatie met de huidige ingekochte productie. Er wordt bezuinigd in een groeiende klantenstroom terwijl de casemanager juist zorgt voor besparingen op macroniveau. Zorgverzekeraar schuift met budgetten op een voor ons niet transparante wijze'.
* 'Gezien de grote impact van de bezuinigingen en de daaruit voortvloeiende chaos en onrust, constateer ik dat de meeste betrokken partners in eerste instantie kiezen voor het voorbestaan van hun eigen organisatie met veelal ingrijpende reorganisaties e.d.

tot gevolg. Hierdoor zie ik het belang van ketenzorg naar de achtergrond verschuiven en heb ik vrees voor de toekomst voor het voortbestaan van de dementieketens'.
* 'Mijn zorg is, dat het netwerk wat is opgebouwd in de loop van de jaren - met heel veel resultaat - verdwijnt bij het uitblijven van structurele financiering van de coördinatie van dat netwerk. Hiermee worden de resultaten van het landelijk dementieprogramma te niet gedaan'.
* 'We hebben aangeven, dat inkoop te beperkt is voor het opvangen van de vraag naar casemanagement (de substantiële herschikking die vorig jaar nodig was is voor 2015 niet meegenomen in berekening en toekenning bij een nog steeds toenemend (weliswaar afvlakkend) aantal patiënten. Verder zijn er geheel geen faciliteiten voor de keten (inspanningen DOC, GGZ, SO), wel beperkt afspraken met gemeenten (vrijwilligers, mantelzorgondersteuning, toegeleiding Wmo)'.
* 'We zijn afhankelijk van VGZ. Wij gaan registreren op AIV en we weten niet of de zorgverzekeraars daar een limiet aan stellen per persoon. Daarnaast weten we niet of we deze uren ook vergoed krijgen als een andere organisatie de overige wijkzorg biedt'.
* 'Daarnaast veel onrust vanwege veranderende financieringsstromen. De discussie of casemanagement een rol binnen een functie (wijkverpleegkundige) of een aparte functie is. Onze mening is dat een goed casemanager boven de dagelijkse zorg moet staan en dat het dus een functie betreft'.
* 'Zonder adequate financiering van de organisatiekosten van de keten is te verwachten dat de continuïteit van de zorgketen en daarmee van casemanagement vanaf 2016 ernstig in gevaar komt!!!
* 'Voor 2015 heeft Achmea geoormerkt geld voor casemanagement beschikbaar gesteld (op het niveau van 2012, 13 en 14).Onzeker is of dit ook voor 2016 gaat gebeuren. Indien dit niet gebeurt wordt het casemanagement bij organisaties onderdeel van de wijkverpleging. Zeker bij krimp in dit budget, is dan te verwachten dat casemanagement niet langer geborgd kan worden. Dit is onze grote zorg'.
* 'Zorgaanbieders beraden zich op hoe zij om moeten gaan met de keten in de toekomst. Hoe kunnen we casemanagement dementie borgen voor 2016 en verder? Omslag van dementie naar keten voor kwetsbare ouderen?
* 'Onzekerheid over inkoop 2016 als VGZ niet meer de preferente inkoper zal zijn. 'Afhankelijk van de politieke ontwikkelingen zal de keten in 2015 hierop participeren. Vooralsnog is hierover niets bekend'.
* 'Onduidelijkheid over financiering van de ketenregisseur en beschikbare uren''.
* 'Wat gaat 2016 brengen? Voor de cliënten is onduidelijkheid funest als aan het einde van 2015 weer de onzekerheid is voor 2016.Je kunt niet 1 november de cliënten zeggen dat je nog niet weet wat 2016 brengt. Als casemanager dementie ben je procesbegeleider waarbij het uitgangspunt is om gedurende het proces 1 vast aanspreekpunt. Onduidelijkheid en onzekerheid voor de klant is funest'.
* 'Nu nog veel onduidelijkheid over de wijze van declareren (dit o.a. omdat CZ beleidsregel inzet voor cliëntentijd); op welke wijze moeten we wat aanleveren? CZ stelt bijvoorbeeld dat we de cliënten 'zonder indicatie' moeten declareren via de monitor op de beleidsregel; dit zijn max. 20% van de cliënten, terwijl de beleidsregel 50% van de financiering is; op de vraag of dit dan gesubstitueerd mag worden (zoals andere jaren) konden ze nu ineens nog geen antwoord geven (even zien hoe het

loopt.?)’.

* 'Op dit moment is überhaupt nog niet duidelijk hoe na 2015 gefinancierd zal worden. Dit geldt niet alleen voor de casemanagers, maar ook de medisch professionals die de casemanagers inhoudelijk aansturen, denk aan geriater/SO/Huisarts'.
* 'Omdat het onzeker is hoe 2016 eruit zal zien zullen de casemanagers in de regio meegenomen worden in een mobiliteitsprogramma om te solliciteren naar andere functies, zoals relatiebeheerder/wijkverpleegkundige. Voor de maatschappelijk werkers die alle 3 als casemanager in sociale wijkteams zitten is het helemaal onzeker. Zij zullen uit dienst moeten’.
* 'Vanaf 2015 geen afzonderlijke dekking van de organisatiekosten van de keten zoals kosten voor scholing, ketenregie, zorgdossier, innovaties, bestuurskosten. Deze kosten komen nu ten laste van de deelnemende instellingen. Het tarief voor casemanagement is absoluut onvoldoende om de kosten van de zorgtrajectbegeleider en ook de genoemde overheadkosten van de keten te dekken'.
* 'De veranderde declaratiewijze op klantniveau maakt dat we niet uit gaan komen en moeten bijplussen. Dat zal voor 2016 niet meer kunnen. Dit kan grote gevolgen hebben. Verder bekijken we ook of het aparte functionarissen moeten blijven’.
* 'Ik maak me zorgen over feit, dat de zorgaanbieders t.b.v. Casemanagement en Vroegsignalering voor 2016 aan tafel moeten met alle zorgverzekeraars. Het is namelijk niet mogelijk, om ons Vroegsignaleringsmodel op te splitsen in brokjes, zodat elke verzekeraar er zijn eigen gezicht aan kan geven. Dat wil elke zorgverzekeraar tot nu toe wel'.
* 'VGZ doet het goed, vind ik. Maar in het algemeen knelt voor ons het GGZ-kader wel met alle eisen die daaraan verbonden zijn. Denk aan verplichte ROM-meting, de splitsing tussen basis en specialistische GGZ, etc. Echter andere verzekeraars stellen eisen die uiterst moeizaam zijn en als niet-passend worden ervaren'.

Overige opmerkingen over financiering en/of voortbestaan van ketenzorg of casemanagement (6 opmerkingen)

* 'Alle betrokken ketenpartners dienen jaarlijks een substantieel bedrag bij te betalen aan de dementieketen (gedeelte loonkosten en kosten immateriële zaken zoals GSm, IPad, voorzieningen flexplekken enz.)'.
* 'Met de verwachting dat financiering van casemanagement halverwege 2015 drastisch zal veranderen (financiering loopt tot zomer 2015) wordt van sommige casemanagers het contract niet verlengd. Inspelen op deze situatie gebeurt nu door casemanagers te laten wennen aan nieuwe rol en andere professionals te scholen'.
* 'Verwachtingen m.b.t. eigen bijdrage van de verschillende partijen om datgene wat nu uit de beleidsregel dementie bekostigd wordt te bekostigen’.
* 'We beschouwen 2015 als een cruciaal jaar voor de borging van de dementiezorg en het casemanagement. Van vroeg signalering t/m palliatieve zorg zullen we alle schakels van de keten weer onder de loep moeten nemen en met elkaar bepalen hoe we deze in het huidige zorgsysteem het beste kunnen borgen. Voor nu en voor de toekomst'.
* 'De plannen voor zorginkoop 2016 zullen met name leidend zijn voor de ontwikkelingen in 2015’.
* 'Daarbij zal ook de discussie worden gevoerd of de vergoeding voor casemanagement dat uit de functie wijkverpleging moet komen centraal dan wel decentraal zal worden

verdeeld'.

Uitdagingen op gebied van samenwerking en afstemming met wijkverpleegkundigen en/of gemeenten (8 opmerkingen)

* 'Belangrijk is de samenwerking/afstemming met de wijkverpleegkundigen die de indicatie stellen waaronder ook casemanagement dementie valt. Mogelijk gevaar van domeinenstrijd!'.
* 'De inkoop casemanagement valt onder de aanspraak wijkverpleging. Er is nog discussie in onze regio over wie de indicatiestelling doet voor casemanagement dementie, over de financiering van casemanagement bij een aanbieder die geen wijkverpleging / thuiszorg levert, over de eisen aan het wijkverpleegkundig zorgplan wat niet passend is voor een zorgplan van een casemanager dementie'.
* 'De inzet en positionering van casemanagement zal in 2015 definitief worden bepaald. Vanwege het grote aanbod van mensen met dementie in de komende jaren zal hierin toch een goede samenwerking en afstemming moeten komen met de wijkverpleging.
* 'De samenwerking/afstemming met de wijkverpleegkundigen die de indicatie stellen is erg belangrijk. Het casemanagement valt immers onder de indicatie Wijkverpleging die door de wijkverpleegkundige wordt gesteld; kan leiden tot een domeinenstrijd'.
* 'Ontwikkeling van de wijk zorg netwerken. In welke verhouding staan deze tot elkaar? Een thuiszorgorganisatie in onze regio claimt gelden 2015 voor 'eigen ' casemanagers in plaats van voor de netwerk casemanagers. Hierdoor worden cliënten gedupeerd die ondersteuning krijgen van een casemanager van een andere aanbieder in dezelfde regio/netwerk'.
* 'Het is heel lastig alle informatie als keten te bundelen. Ik ben als coördinator aangesteld en heb de onafhankelijke casemanagers mogen aansturen. Nu het overgaat naar de wijkverpleging heb ik mijn taak overgedragen naar de leidinggevende van de wijkverpleging, zij zal het verder oppakken'.
* 'Gesprek met de gemeenten, over onder meer of zij de advies- en consultatiefunctie dan wel begeleiding bij dementie kunnen gaan bekostigen'.
* 'Overleg met de gemeentes over hun verantwoordelijkheden voor mensen met dementie, en hun rol bij een aantal van de ketenactiviteiten. Daarnaast wordt nog met de gemeentes gesproken over inzet van begeleidingsuren van de gemeentes voor casemanagement dementie. (1 gemeente uit de regio draagt hierin bij) '.

Zorgen om verlies van kwaliteit en/of expertise (5 opmerkingen)

* 'Ik verwacht dat de gehele transitie ten koste van de kwaliteit zal gaan. En ik verwacht dat het verschil in zorg per regio en per gemeente erg verschillend zal zijn'.
  Inkoop Wmo en mantelzorgondersteuning door casemanager, dit is niet geregeld. In de NZa beleidsregel ketennetwerk dementie staat beschreven wat de inzet van de casemanager dementie zou zijn. mantelzorg ondersteuning, inzet bij zorgmijders valt onder de verantwoording van de Wmo. Inzicht hoe dit geregeld wordt is wenselijk'.
* ''Het blijft wel moeilijk inschatten wat de toekomst brengt. Ik maak mij wel zorgen. Er gaat veel kennis verloren. De spin in het web valt weg'.
* 'Met name de overdracht van cliënten die nog geen thuiszorg hebben (onder de prestatie wijkverpleging) is lastig en moeizaam. Ook naar de kleine organisaties die geen aanspraak wijkverpleging hebben of werken via een PGB. Clienten en mantelzorgers

reageren veelal geschokt op het 'verlies' van de casemanager'.

* 'Zorgorganisaties kijken verschillend aan tegen de invulling van de rol van casemanager, binnen de keten Twente. Hierdoor is het niet mogelijk eenduidig kwaliteit en kwantiteit te controleren en vanuit de keten hierop toe te zien'.
* 'De ontwikkelingen zijn onduidelijk en maken de voortgang rondom de borging van expertise voor mensen met dementie en hun mantelzorgers onzeker'.

Overige opmerkingen (restcategorie, 7 opmerkingen):

* 'Onduidelijkheid over indiceren casemanagement: wanneer, door wie en hoe (hoe kun je nu per cliënt inschatten hoeveel uur casemanagement je gaat besteden?)'.
* 'Wij ontwikkelen gezamenlijk een nieuw systeem voor mensen met dementie en andere kwetsbaren in de thuissituatie. Dit gebeurt op verzoek van de partners in …. naam organisatie ….. en is een verdere invulling van de afspraken dat de zorg in de regio integraal moet worden vormgegeven met een regierol voor de huisartsen. De huisartsencoöperatie heeft dan ook de regierol in dit project. Bij de ontwikkeling van het nieuwe systeem staat ons het volgende resultaat voor ogen:- Kwetsbaren, waaronder mensen met dementie, die thuis wonen, worden met passende deskundigheid ondersteund op de gebieden adviseren, indiceren en dienst- en zorgverlening; - De deskundigheid is mede gebaseerd op de verworvenheden van …. naam organisatie ….(medisch, verpleegkundig, sociaal en persoonlijk administratief) en sluit aan op de zorg geleverd door de huisartsen en wijkverpleegkundigen per 1 januari 2016; -Het systeem is dekkend voor …. naam regio ……en vormt een samenhangend geheel met de zorg voor andere kwetsbare doelgroepen in de thuissituatie. En sluit aan op het sociaal domein (o.a. welzijnswerk en maatschappelijk werk)'.
* 'De ketenzorg in ….naam regio…..wordt in 2015 anders geborgd. Er is een netwerk met een dagelijks bestuur (bestuurders). Er komen een nieuwe regisseur en coördinator.
* 'Er zijn zorgen voor de groep mensen met dementie en hun mantelzorgers!! We blijven het goed volgen en zo goed mogelijk anticiperen'.
* 'Ik verwacht dat de chaos die nu heerst, niet zal blijven bestaan. Ik verwacht dat de keten in 2015 nog wel stappen zal zetten om wat orde te scheppen'.
* 'Wat ook nog speelt: door de afname van goede dagbesteding (gemeenten betalen niet voor OCD's bijvoorbeeld) zal er juist extra vraag naar casemanagement dementie zijn'.
* 'Achmea heeft van begin af aan al casemanagementvergoedingen beschikbaar gesteld aan AWBZ-aanbieders, dus thuiszorg en V&V. Anderen, zoals Menzis, hebben ingezet op 2e lijns casemanagement (GGZ) en hebben nu een probleem; zij moeten nog beginnen met het scholen en organiseren van hun wijkverpleegkundigen. Ik hoop dat ze tijd krijgen om dat te doen'.

Bijlage 4 Kwaliteitseisen t.a.v. casemanagement in Zorgstandaard Dementie en in inkoopdocumenten

Eisen/criteria t.a.v.	Zorgstandaard (2013)	Inkoopdocument Achmea[1]	Inkoopdocument CZ[2]	Inkoopdocument Menzis[3]	Inkoopdocument VGZ[4]
Positionering/samenwerking	*CM is vast en leidend onderdeel v. regionale dementieketen * Er dienen samenwerkingsafspraken te zijn met ketenpartners over inbedding v. CM in keten *Casemanager werkt volgens door ketenpartners opgesteld protocol nauw samen met huisarts en/of geriatrisch en psychiatrisch deskundig arts *CM wordt uitgevoerd in samenwerking met multidisciplinair team, waarin als basis medische, psychologische, geriatrische en psychiatrische deskundigheid aanwezig is, en specialistische geriatrische expertise oproepbaar *CM is geen losstaande functie	* Uitgangspunt is Zorgstandaard Dementie. *Er kan alleen een budget verkregen worden voor CM als aan een aantal eisen voor ketenzorg is voldaan, zoals de keten bestaat tenminste: een organisatie die wijkverpl. levert, een organisatie die intramurale AWBZ zorg levert, een organisatie die GGZ levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, welzijnsorganisatie en vertegenwoordiger v. Alzheimer Nederland.	*CM dementie wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de regionaal georganiseerde dementie ketens. In 1e stadium van zorgvraag, wordt zorg veelal uitgevoerd door generalist, indien zorg complexer wordt doordat er meerdere zorgdomeinen raken, zal zorg voor cliënt moeten worden opgeschaald naar specialist zoals casemanager.	*Dementieketen bestaat ten minste: uit een organisatie die wijkverpl. levert, een organisatie die intramurale AWBZ zorg levert, een organisatie die GGZ levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, welzijnsorganisatie en vertegenwoordiger v. Alzheimer Nederland.	*Aantoonbare inbedding v. CM in regionale samenwerkingsstructuur met deelname v. alle relevante partijen (huisarts, verpleging en verzorging, GGZ, ziekenhuis) • Regionale organisatie v. CM, deel uitmakend v. een multidisciplinair behandel- en begeleidingsteam • Regionaal uniforme procedure via samenbrengen v. alle gangbare protocollen in één procedure ketenzorg • Multidiscipl. overleg door ketenpartners, bij voorkeur op wijkniveau. • Onafhankelijke uitoefening v. CM *Als meerdere aanbieders CM leveren, maken ze samen een inhoudelijke plan. Eén aanbieder of partij heeft de kassierfunctie.

Eisen/criteria t.a.v.	Zorgstandaard (2013)	Inkoopdocument Achmea[1]	Inkoopdocument CZ[2]	Inkoopdocument Menzis[3]	Inkoopdocument VGZ[4]
Monitoren/ registreren	*Casemanager stelt individueel zorgplan op maat op *Partners v. dementieketen leggen afspraken expliciet vast en monitoren afspraken, zowel op niveau v. cliënt als v. keten	*Op basis v. indicatie wordt individueel zorgplan opgesteld * Metingen met uitkomstindicatoren en netwerkindicatoren dementiezorg worden gestimuleerd.	*Op basis van indicatie wordt Zorgplan met daarin CM opgesteld door niveau 5 verpleegkundige * In een monitor wordt aangegeven welk deel v. gespecialiseerde verpleging is geleverd als CM aan cliënten met dementieel beeld	*Alle activiteiten m.b.t. CM dementie moeten verantwoord in individuele zorgplan, dat opgesteld moet worden door een niveau 5 verpleegkundige.	*Casemanager heeft zorgplan *Centraal registratiepunt v. mensen met de diagnose dementie
Opleiding/ competenties	*HBO+: minimaal HBO (bij voorkeur verpleegkundige of HBO-professional met psychosociale achtergrond) plus een aanvullende opleiding (bij voorkeur met een landelijk keurmerk) *Kennis en kunde v. casemanager worden met landelijk of organisatie gebonden systeem v. accreditatie getoetst en actueel gehouden	Conform Zorgstandaard (verder niet gespecificeerd)	*HBO+: casemanager dementie niveau 5 (niet per definitie HBO-V) met erkende opleiding voor CM	*Zorgaanbieder mag zelf vormgeving v. CM bepalen: kan met aparte casemanagers dementie, of als onderdeel v. werk v. wijkverpleegkundigen, mits die voldoende deskundigheid (niet nader gespecificeerd) over dementie hebben om patiënten op een professionele manier te begeleiden.	HBO+: gespecialiseerde zorgprofessionals met een opleiding CM

Eisen/criteria t.a.v.	**Zorgstandaard (2013)**	**Inkoopdocument Achmea**[1]	**Inkoopdocument CZ**[2]	**Inkoopdocument Menzis**[3]	**Inkoopdocument VGZ**[4]
Beschikbaarheid en aanbod	* CM is beschikbaar overdag en in avonduren, structureel en acuut * Tijdens kantooruren is bij afwezigheid v. eigen casemanager–vervanging geregeld *Alle mensen met vermoeden v. dementie en hun naasten krijgen bij start v. diagnostisch traject CM aangeboden * Casemanager is vertrouwd en vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun naasten * Casemanager combineert trajectbegeleiding en persoonlijke hulpverlening	*Uitgangspunt is Zorgstandaard Dementie (2013), NHG standaard dementie (2013) en multidiscipl.richtlijn diagnose en behandeling dementie (2013) * *CM is onderdeel v. zorg zoals door wijkverpleegk. wordt geboden *Activiteiten die onder CM vallen zijn er mede op gericht om zelfredzaamheid v. cliënt te vergroten en de steunstructuur te versterken. * Verpleegkundige (niveau 5) indiceert welke verpleegk. zorg geboden moet worden	--	*Voor dementerende en naasten moet centrale zorgverlener beschikbaar zijn, die als casemanager samenhang en afstemming bevordert in zorg. *Bestaande klanten met indicatie PV/VP moeten kunnen rekenen op bestaande casemanager, mits vermeld in individueel zorgplan dat ook door klant is getekend *Als mensen CM nodig hebben, moet dit in voldoende mate (niet nader gespecificeerd) aanwezig zijn. * Activiteiten v. casemanager: conform definitie CM in Zorgstandaard	* CM strekt zich uit over hele dementietraject (v. vroegdiagnostiek tot opname) *Casemanager heeft gids- en informatiefunctie, zorgmakelaar functie, coördinatie, verantwoordelijkheid voor zorgplan-begeleiding en interventies *CM is klantgericht, uitgaande v. stimuleren v. behoud v. eigen regie en verantwoordelijkheid en op basis v. permanente begeleiding

Eisen/criteria t.a.v.	**Zorgstandaard (2013)**	**Inkoopdocument Achmea**[1]	**Inkoopdocument CZ**[2]	**Inkoopdocument Menzis**[3]	**Inkoopdocument VGZ**[4]
Caseload	*Landelijke norm v. een minimaal aantal uren per week voor dienstverband v. casemanager wordt vastgesteld	--	---	--	--

1. a/ Achmea Inkoopdocument wijkverpleging 2015 en b/.Achmea. Kader Dementie 2015. .

2. a/ CZ. Zorginkoopdocument wijkverpleging 2015 en b/ CZ. Factsheet dementie 2015.

3. a/ Menzis. Inkoop wijkverpleging 2015 en b/ Menzis Notitie CM en Ketenzorg Dementie, Menzis 2015.

4. VGZ. Inkoop wijkverpleging Coöperatie VGZ 2015. In transitie naar goede zorg dichtbij.